JURIDIQUE

SANTE MENTALE

MANAGEMENT

ACCOMPAGNEMENT

Gestion Ressources Humaines

MAI 2013

GESTION & FINANCES

ACTION ASSOCIATIVE

UDAFAM SAVOIE

REVUE DE PRESSE PROMETHEE



Union Départementale des Amis et Familles de Malades Mentaux
Domaine de la Livettaz – 90 avenue de Bassens 73000 BASSENS - tél : **04 79 25 09 75**
Siret 385 358 171 00077 – APE 8720A

SOMMAIRE




SANTE
MENTALE
MAI
2013
UDAFAM SAVOIE

Le handicap psychique, une réalité pluridimensionnelle irréductible à la maladie mentale

Bernard Pachoud

La notion de handicap psychique s'est imposée en France depuis la loi du 11 février 2005 qui en a, entre autres choses, introduit une forme de reconnaissance. Cette loi « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées [1] » n'utilise pourtant pas le terme de « handicap psychique », mais elle spécifie les causes psychiques du handicap, en les distinguant des causes mentales ou cognitives. Cette distinction entre le handicap psychique, consécutif à des troubles psychiatriques, et le handicap mental, qui renvoie à une déficience des fonctions intellectuelles ou cognitives, répondait à la demande des associations de parents de malades mentaux (l'UNAFAM), mais aussi de certaines associations « d'usagers » de la psychiatrie, afin que soit mis un terme à l'assimilation des difficultés d'ordre psychiatrique avec la déficience intellectuelle, jusque-là confondues dans la catégorie du handicap mental. Quelles que soient les raisons qui ont contribué à la reconnaissance du handicap psychique, on doit désormais admettre que cette notion est rentrée dans l'usage. Il n'est plus exceptionnel de l'entendre utilisée par les personnes concernées elles-mêmes, qui peuvent la trouver plutôt moins stigmatisante que celle de « malade mental » ou de « patient psychiatrique ». Malgré tout, le terme de « handicap » reste encore associé à des représentations sociales dévalorisantes, renvoyant à l'idée de déficience, voire d'invalidité fixée, ce qui conduit certaines personnes à préférer renoncer à solliciter la reconnaissance de leur handicap psychique, et par conséquent à renoncer aux droits qui leur seraient ainsi ouverts.

C'est donc le sens de cette notion qui est en cause. Il hérite du poids des représentations sociales associées au handicap, mais il se transforme également du fait, d'une part, de l'évolution notable et sans doute inachevée des façons de concevoir le handicap, et d'autre part des recherches qui font apparaître que la dimension du handicap psychique n'est pas réductible à celle de la maladie mentale, et requiert une théorisation propre.

Caractérisation du handicap comme limitation d'activité et désavantage social

La notion de handicap psychique, à la lumière des conceptions contemporaines générales du handicap, renvoie aux conséquences (ou au retentissement) de la maladie mentale sur les activités et la vie quotidienne d'une personne, ainsi qu'au désavantage social qui en résulte. Cette conception doit beaucoup aux propositions de redéfinition du handicap par les mouvements de personnes handicapées, qui se sont démarquées d'une conception déficitaire et ont déplacé l'attention de la maladie sur l'ensemble de ses conséquences pratiques et sociales, puis sur les déterminants situationnels de ces conséquences [2,3]. Ces travaux ont influencé la nouvelle classification des handicaps de l'OMS [4], et ensuite inspiré la CIF [5]. C'est cette conception renouvelée du handicap qui est reprise dans la loi de 2005, quand elle le définit comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison de l'altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». Il est à souligner que cette définition renvoie prioritairement à la dimension politique du handicap, en termes de restriction de participation à la vie sociale, ou de limitation d'activité et donc de liberté (d'agir). L'accent est mis non sur la déficience, mais sur le désavantage social qui l'accompagne, et qu'il convient de chercher à réduire au nom d'un principe de justice sociale. C'est précisément l'objet de cette « loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ». Si cette définition contemporaine du handicap, en termes de limitation d'activité et de désavantage social, paraît aujourd'hui largement acceptée, cela ne signifie pas qu'on ait pris complètement la mesure de ce qu'implique ce changement de perspective. Elle laisse la porte ouverte à des appréciations différentes du handicap psychique selon l'importance que l'on accorde aux « conséquences de la maladie sur la vie des personnes », mais aussi parce qu'elle ne se prononce pas sur les déterminants de ce retentissement, qui restent très diversement compris et évalués.

Les limites du modèle médical du handicap en termes de déficience

Le modèle médical, traditionnel, du handicap se focalise sur la ou les déficiences qui, certes, entravent la personne dans son autonomie, ses activités et sa vie quotidienne, mais qui sont conçues comme des conséquences plus ou moins directes de la maladie. Par conséquent, c'est en s'attaquant à la maladie - en optimisant les soins - que l'on espère réduire le handicap. Dans le cas des pathologies psychiatriques, cette approche médicale tend à s'élargir avec la prise en considération des déficiences cognitives induites par la maladie : selon la même logique, on adjoint alors aux soins des pratiques de remédiation cognitive pour tenter de réduire le handicap, mais ce dernier reste compris comme la conséquence directe des troubles et déficiences (cognitives) de la personne.

La principale limite de ce modèle, qui fait obstacle à la reconnaissance du handicap en tant que dimension propre, tient au présupposé que la maladie est le principal déterminant de ce qui est alors appréhendé comme ses « conséquences » sociales. Certes la maladie et ses conséquences sont distinguées, mais la méprise consiste à admettre une sorte de continuité entre la maladie et le handicap qu'elle induit : on est alors enclin à penser que la connaissance des conséquences fonctionnelles de la maladie, auxquelles on assimile trop rapidement le handicap, est finalement comprise dans la connaissance des pathologies et de leurs modalités évolutives, donc dans le savoir psychiatrique. Cette idée est précisément celle à laquelle il faut renoncer si l'on veut appréhender le handicap psychique dans sa spécificité, dans sa pluridimensionnalité : car il n'est pas réductible au retentissement fonctionnel de la maladie, et le serait-il, ce retentissement fonctionnel lui-même n'est pas déterminé par les seuls troubles psychopathologiques résiduels ou chroniques. Si l'on assimile la notion de handicap psychique à ces derniers, on passe à côté de ce qui constitue la dimension propre du handicap psychique, et de l'intérêt de cette notion. Autrement dit, si le handicap psychique est bien consécutif à des troubles psychiatriques sévères, on gagne au plan théorique à souligner l'écart entre ces deux dimensions. Bien qu'indéniablement liées, elles n'en sont pas moins distinctes parce qu'elles renvoient à des problématiques et des domaines d'investigation différents, et relèvent donc de champs théoriques distincts.

Nous évoquerons trois directions de recherche qui contribuent à la spécification de la notion de handicap psychique, en tant qu'elle diffère de la notion de pathologie mentale.

- Le premier axe ouvre une brèche dans une conception du handicap couplée à celle de déficience.
- Le deuxième contribue à mettre en évidence l'existence d'autres déterminants que les symptômes et les troubles cognitifs au retentissement fonctionnel des pathologies psychiatriques.
- Le troisième axe de recherche vient compléter les précédents en se focalisant sur les ressources dont disposent les personnes pour surmonter leur handicap.

Émergence du modèle social du handicap, alternatif au modèle médical

Les travaux théoriques initiés par des mouvements militants anglo-saxons de personnes handicapées physiques, développés notamment dans le cadre des *Disability Studies*, présentent l'intérêt de déplacer l'attention de la maladie vers ses conséquences pour la personne, puis dans un second temps des déterminants individuels ou personnels de ces conséquences vers leurs déterminants situationnels ou environnementaux. Cette reconceptualisation du handicap est liée à l'histoire sociale et politique des mouvements de personnes handicapées. Leurs travaux visaient à s'opposer à un modèle médical du handicap, individualiste et déficitaire, ainsi qu'aux pratiques de prise en charge qui leur étaient imposées - réadaptation et rééducation médicale, institutionnalisation. Ils en sont ainsi arrivés à proposer un modèle dit « social » ou interactionnel du handicap, dans lequel ce dernier est conçu comme la conséquence des obstacles posés par la société aux personnes présentant une déficience. L'accent est mis davantage sur l'environnement conditionnant la « situation de handicap » que sur une déficience de l'individu, et ce sont les circonstances matérielles ou sociales qui doivent être amendées. Dès lors, ce sont ces « situations de handicap » qu'il convient d'évaluer, et non plus seulement les individus et leurs déficiences [6,7]. Dans le cas du handicap psychique, le facteur environnemental aggravant les limitations d'accès à la vie sociale et d'activités tient pour l'essentiel à l'impact négatif des représentations sociales concernant la folie et les troubles psychiatriques : il en résulte une stigmatisation des personnes atteintes de ces maladies, stigmatisation qui, en contribuant à leur marginalisation, voire à leur exclusion, participe largement au handicap [8].

Les recherches sur les déterminants du retentissement fonctionnel des pathologies mentales : mise en évidence de leur pluralité

Les limitations d'activité, et par suite le désavantage social, s'ils ne caractérisent pas à eux seuls le handicap, en sont néanmoins un déterminant important. Encore faut-il établir ce qui les conditionne. C'est l'objet de tout un courant de recherches empiriques, menées plutôt dans le champ médical cette fois-ci, qui portent précisément sur les déterminants du retentissement fonctionnel (*functional outcome*) des pathologies mentales ; ce dernier étant mesuré en termes de qualité de vie subjective, d'insertion professionnelle, d'autonomie, et de qualité de vie relationnelle ou sociale.

Schématiquement synthétisés, ces travaux établissent que ce retentissement fonctionnel n'est que très partiellement corrélé à la symptomatologie résiduelle de la maladie [9], et que la corrélation avec les performances cognitives est également moindre qu'attendue [10]. Le retentissement fonctionnel est donc plurifactoriel et irréductible aux seuls troubles psychopathologiques résiduels. La recherche s'en trouve relancée pour identifier et spécifier ses autres déterminants [11]. Dans le champ de la réinsertion professionnelle par exemple, la formation et l'expérience professionnelle acquise avant la survenue de la maladie, les étayages sociaux, des facteurs motivationnels tels que le « sentiment d'efficacité » à trouver un emploi et à faire face aux difficultés inhérentes à l'activité professionnelle, la compétence sociale et les savoirs-être en contexte professionnel, sont autant de facteurs déterminants pour un éventuel retour à l'emploi [12,13].

Le déplacement d'attention sur les ressources pour dépasser le handicap

Une troisième voie de recherche contribue à caractériser la situation de handicap, qui se focalise cette fois sur les ressources dont dispose la personne pour faire face aux conséquences de sa maladie, pour surmonter son handicap et parvenir, en dépit de ses limitations, à des accomplissements de vie satisfaisants. La visée n'est plus ici la guérison, mais ce que les anglo-saxons appellent ***recovery***, le rétablissement, c'est-à-dire la capacité de se rétablir dans sa vie, en particulier dans sa vie sociale ; ce qui suppose d'avoir conscience de son handicap, de ses limites, mais aussi d'avoir trouvé, en soi ou parfois aussi dans l'environnement, des moyens de les dépasser ou de les contourner [14, 15].

Or parmi les facteurs qui conditionnent cette capacité de rebondir, l'accent est mis sur une posture subjective, un changement d'attitude ou « du regard » de la part du sujet vis-à-vis de sa situation de handicap. Cela est remarquablement formulé par Patricia Deegan [16], une schizophrène américaine qui a contribué par la description de sa propre expérience à ces recherches sur les déterminants subjectifs du rétablissement : « Le rétablissement, c'est une attitude, une façon d'aborder la journée et les difficultés qu'on y rencontre. Cela signifie que je sais que j'ai certaines limitations et qu'il y a des choses que je ne peux pas faire. Mais plutôt que de laisser ces limitations être une occasion de désespoir, une raison de laisser tomber, j'ai appris qu'en sachant ce que je ne peux pas faire, je m'ouvre aussi aux possibilités liées à toutes les choses que je peux faire ». Autrement dit, il y a une façon de reconnaître ses incapacités qui peut être une occasion de découvrir l'empan de ses capacités, y compris de ses capacités méconnues ou négligées. Et c'est selon elle un des ressorts du rétablissement.

Dans un autre horizon théorique, les travaux sur les facteurs de résilience visent également à appréhender et à promouvoir les ressources subjectives pour surmonter ou dépasser le handicap.

Conclusion : Pluridimensionnalité, enjeux éthiques et politiques de la notion de handicap psychique

Ces différentes approches du handicap psychique sont requises pour en appréhender la réalité pluridimensionnelle. Elles se présentent au départ comme de simples déplacements de l'attention, initialement focalisée sur la maladie ou les troubles, mais conduisent en réalité à un véritable réagencement des préoccupations et de leur hiérarchie. Des facteurs jusque-là inaperçus, ou tenus pour négligeables du point de vue de la psychopathologie, peuvent passer au premier plan comme déterminants de la réinsertion ou du devenir social des personnes. La focalisation sur l'ensemble des conséquences pratiques et sociales de la maladie requiert la prise en considération de nouvelles dimensions, et dès lors une approche pluridisciplinaire. La mise en évidence des déterminants situationnels et contextuels du handicap, de la stigmatisation et de l'exclusion en particulier, renvoie à la dimension politique du handicap psychique. Enfin, la quête d'un dépassement du handicap dans une forme d'accomplissement de soi et de rétablissement social relève d'une exigence éthique : pour la personne, celle de déterminer ce qu'elle vise, ses choix de vie et d'activités, ce qui pour elle conditionne son bien-être ; pour ceux qui l'accompagnent et la soutiennent dans ce parcours, celle de respecter, et si possible de promouvoir, cette autodétermination.

Bernard Pachoud
Psychiatre, maître de conférences à l'Université Paris Diderot, chercheur au CREA (CNRS/ Ecole polytechnique) et au CRPMS (Université Paris Diderot, Sorbonne Paris Cité).
bernard.pachoud@gmail.com

Notes bibliographiques

1- Loi n°2005-102 du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
2- Ravaud J.-F. (1999) «Modèle individuel, modèle médical, modèle social : la question du sujet», *Handicap*, 81: 64-84.
3- Boucherat-Hue V. & Peretti P. (sous presse) «Du handicap revisité au handicap psychique : un nouveau concept qui pourrait faire date ?…». *Annales Médico-psychologiques*.
4- *Classification Internationale des Handicaps : déficiences, incapacités, désavantages*. 1980, Organisation Mondiale de la Santé, Genève. (trad. française, CTNERHI-INSERM, 1988).
5- *Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé*. 2001. Organisation Mondiale de la Santé, Genève.
6- Barreyre J-Y & Peintre C. *Handicap d'origine psychique et évaluation des situations*. Volet II. Délégation ANCREAI Ile-de-France – CEDIAS 2009
7- Fougeyrollas P. «L'évolution conceptuelle internationale dans le champ du handicap: Enjeux sociopolitiques et contributions québécoises». *PISTES*, 2002 ; 4(2)
8- Slade, M (2009) *Personal Recovery and Mental Illness. A Guide for Mental Health Professionals*. Cambridge University Press.
9- Addington J, Addington D, Maticka-Tyndale E. «Cognitive functioning and positive and negative symptoms in schizophrenia». *Schizophrenia Research* 1991; 5(2):123-134
10- Bell M., Kaplan E.A. & Bryson G. «Cognitive impairment and work behavior in schizophrenia», *Schizophrenia Research* 1997; 24 (1-2): 219
11-Pachoud B, Leplège A & Plagnol A. «La problématique de l'insertion professionnelle des personnes présentant un handicap psychique : les différentes dimensions à prendre en compte». *Revue Française d'Action Sociale*, 2009
12- Corbière M, Mercier C, Lesage AD. «Perceptions of barriers to employment, coping efficacy, and career search efficacy in people with mental health problems». *Journal of Career Assessment*, 2004; 12:460–78
13- Hoffmann H & Kupper Z. «Relationships between social competence, psychopathology and work performance and their predictive value for vocational rehabilitation of schizophrenic outpatients». *Schizophrenia Research*, 1997; 23: 69-79
14- Bellack AS. Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications. *Schizophrenia bulletin*, 2006; 32(3):432-42
15- Provencher HL. «L'expérience du rétablissement : Perspectives théoriques». *Santé Mentale au Québec*, 2002 ; 27, 1:35-64
16- Deegan PE (1988) «Recovery: the lived experience of rehabilitation». *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11: 1

J'entends des voix, pas vous ?

Zinédine Zidane ou Amélie Nothomb ne sont pas des cas isolés : près d'1 Français sur 10 aurait des hallucinations auditives. Des groupes d'entraide se créent pour permettre à ceux qui s'en plaignent de « vivre avec ».



PHOTOMONTAGE/AFP



F. LO PRESTI/AFP

ISSONANCES
u Moyen Age, Jeanne d'Arc (à g.) révèle qu'elle entend des voix et galvanise l'armée. Six siècles plus tard, quand Amélie Nothomb (à dr.) prétend la même chose, elle passe pour une fêlée.

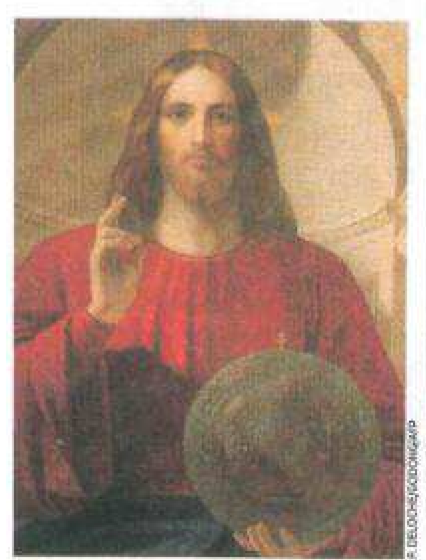
Il fut un temps où entendre des voix n'était pas signe de maladie mentale. Où une jeune paysanne pouvait galvaniser l'armée assiégée à Orléans, après que des saintes montées au ciel et l'archange saint Michel lui avaient ordonné de libérer le royaume de France. C'était en 1429. Jeanne d'Arc finirait brûlée pour hérésie, et pourtant son courage force toujours l'admiration. Avant elle, dans l'Antiquité, Socrate entendait une voix qu'il attribuait à un démon d'une grande sagesse. Et le philosophe grec développa une école de pensée si influente qu'elle traversa les siècles sous le nom de « méthode socratique ». Quant aux prophètes des grandes religions, comme Jésus ou Mahomet, sans doute auraient-ils été diagnostiqués schizophrènes s'ils avaient été nos contemporains. Car Dieu, selon ce qui nous est parvenu, leur parlait aussi distinctement que le ferait un individu de chair et d'os. Aujourd'hui, un médecin les dirait victimes d'« hallucinations auditives », symptôme qui, aux yeux des psychiatres, authentifie la psychose.

Le regard porté sur cette particularité plus répandue qu'on ne l'imagine devrait changer avec les débuts, en France, du Réseau sur l'entente de voix (REV). Il ne s'agit pas, comme son nom pourrait le laisser penser, d'une approche New Age pour illuminés, mais d'un mouvement d'entraide, sur le modèle des Alcooliques anonymes, implanté depuis déjà quinze ans en Grande-Bretagne. Son credo ? Il est tout à fait possible de mener une vie normale même si l'on converse avec des « gens » invisibles pour l'entourage. A condition, toutefois, de s'épauler entre pairs. Le premier groupe a vu le jour en 2011, à Armentières (Nord). Depuis, deux autres se sont créés dans le même département, à Mons-en-Barœul et à Tourcoing. Un quatrième démarre, timidement, à Paris.

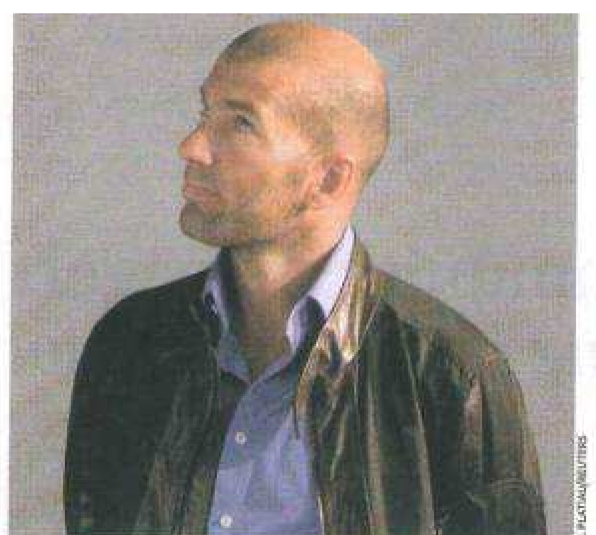
Le tabou des voix serait-il propre à nos sociétés cartésiennes et laïcisées ? D'autres cultures admettent le phénomène plus volontiers. Qu'on se rappelle, par exemple, la mésaventure de Zinédine Zidane, en 2005. Un an seulement après avoir quitté l'équipe de France, l'idole du football annonce, à la surprise générale, qu'il revient sur sa décision. « Une nuit, à 3 heures du matin, je me suis soudain réveillé et, là, j'ai parlé avec quelqu'un [...], confie-t-il au magazine *France Football*. C'est quelqu'un que vous ne rencontrerez probablement jamais [...]. Moi-même, je ne m'explique pas cette rencontre. [...] Et, là [...], j'ai pris la vraie décision de revenir. » Sa déclaration, quasi mystique, suscite aussitôt les sarcasmes. La journaliste Besma Lahouri, auteur d'une biographie du joueur, y voit un malentendu : « Si vous êtes de culture musulmane, vous considérez comme valorisant d'entendre une voix. Implicitement, Dieu s'adresse à vous et c'est un honneur. »

Un discours intérieur non repéré par le cerveau

Les circonstances dans lesquelles Zidane s'est pris pour Jeanne d'Arc correspondent, en tout cas, à certaines hypothèses des neurosciences. Les voix seraient en fait un discours intérieur qui ne serait plus repéré comme tel par le cerveau, donc considéré comme une production extérieure. Elles surviendraient quand les capacités

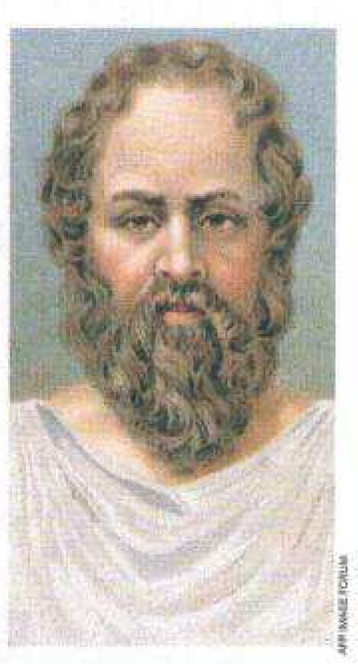


F. DELOCHE/GODONG/AFP



C. PLATIAU/REUTERS





AFP IMAGE FORUM

MYSTIQUE
Aujourd'hui, Jésus (à g.) et Socrate (à dr.) auraient sans doute été diagnostiqués schizophrènes. En 2005, quand Zinédine Zidane (au centre) raconte avoir parlé avec un mystérieux interlocuteur, il suscite bien des moqueries...

de l'individu à gérer ses émotions sont dépassées, notamment à la suite d'un deuil, d'un abus sexuel ou de violences familiales dans sa jeunesse. Il y a de quoi se sentir dépassé à la perspective de devoir déclarer sa flamme à l'équipe de France, après l'avoir éconduite...

Excepté la romancière Amélie Nothomb, ravie de passer pour fêlée, rares sont les personnalités qui assument publiquement d'entendre des voix. Pourtant, l'expérience serait assez banale. Elle toucherait de 4 à 10 % de la population, selon les études. La proportion serait même deux fois plus importante au début de l'adolescence, entre 11 et 13 ans. Qui parle à ces jeunes ? Leurs parents, disent-ils, parfois des camarades, des proches décédés, ou encore Dieu. A 29 ans, Julie(1), conseillère à Pôle emploi dans une ville de province, entend souvent... sa propre voix. « Cela m'arrive quand je laisse flotter mes pensées, confie la jeune femme. Tout à l'heure, par exemple, je me demandais : "Est-ce que je vais arriver à l'heure à mon rendez-vous ?" Eh bien, je me suis entendue prononcer cette phrase, sur le ton de l'inquiétude. » Julie vit très bien comme ça, elle ne fréquente pas de psychiatre et ses collègues la jugent parfaitement équilibrée, merci. Chez d'autres, cette petite musique intérieure résonne quand ils lisent dans le silence, selon les travaux menés par Jean-Philippe Lachaux au centre de recherche en neurosciences de Lyon.

Pour Vincent, 42 ans, l'histoire est autrement plus douloureuse. Il avait 17 ans quand, dans une soirée entre copains, il a clairement entendu quelqu'un l'insulter dans son dos. Il s'est retourné, a pris à partie un adolescent. « Je lui faisais face, les injures ont continué mais je ne voyais pas ses lèvres bouger, je ne comprenais pas ce qui se passait », raconte Vincent. Le début d'une descente aux enfers, suivie d'un traitement lourd à base de médicaments antipsychotiques. Au final, il a dû quitter son travail de commercial dans une grande agence de publicité.

« Je pose des limites et les voix perdent de leur pouvoir »

Vincent est l'un des piliers du groupe d'entraide d'Armentières. En l'espace d'un an, sa vie a changé. Certes, il ne s'est pas débarrassé des multiples voix qui le persécutent, contrairement à ce qu'il espérait. Mais la plus agressive de toutes, celle qui le traitait de « fils de pute », de « bâtard », qui l'attaquait sur son physique – « Tu t'es vu, gros lard ! » –, celle-là s'est tue. Et il s'en trouve une, désormais, pour prendre sa défense chaque fois que les autres le tourmentent. Par quel miracle ? « Je traite ces voix comme des personnes réelles, explique Vincent. Une des techniques, pour avoir le dessus, consiste à leur fixer un rendez-vous précis et, le reste du temps, de refuser la discussion. Je leur dis : "On se retrouve ce soir, dans ma chambre, à 18 heures. Et, là, on s'explique." Petit à petit, je pose des limites et elles perdent de leur pouvoir sur moi. »

Face à ces groupes, la majorité des psychiatres restent circonspects. « L'approche, nouvelle, suscite encore beaucoup de méfiance chez les professionnels de la santé mentale, qui la connaissent mal, observe Yann Derobert, l'un des fondateurs du REV, diplômé en psychologie clinique. Les usagers se prennent en main et, souvent, cela dérange. » Pour lui, on assiste à un mouvement d'émancipation comparable à celui des associations gays, grâce auxquelles l'homosexualité n'est plus considérée comme une maladie mentale. Il existe d'ailleurs des médecins qui voient cette initiative d'un bon œil, comme le Dr Yann Hodé, à l'hôpital de Rouffach (Haut-Rhin). « On oublie trop souvent que les malades psychiques sont des citoyens à part entière, dotés d'une intelligence qui leur permet de trouver par eux-mêmes des solutions à leurs difficultés », souligne-t-il avec un brin d'ironie. Peut-être verra-t-on, demain, des artistes, des chefs d'entreprise ou des politiciens faire leur coming out et clamer fièrement : « J'entends des voix, et alors ? » ● **Estelle Saget**

(1) Le prénom a été changé.

La « vraie vie » d'Alex

Étudiant brillant, Alex tombe malade et alterne hospitalisations et échecs. Son orientation vers une structure spécialisée dans l'insertion va être décisive dans son parcours.

Le Service d'insertion en milieu ordinaire de travail (Simot) de l'association Route nouvelle Alsace accompagne vers et dans l'emploi des personnes en situation de handicap psychique. La question du travail est abordée sous l'angle de l'amélioration de la qualité de vie. Depuis vingt ans, de nombreuses personnes « vont de mieux en mieux », sont capables de gérer leurs symptômes et leurs difficultés, de construire et réaliser des projets, de travailler, de développer des relations sociales, bref « d'avoir une vraie vie ». Ces évolutions sont entrées en forte résonance avec notre découverte récente du processus de rétablissement. Mais se rétablir demande du temps et exige des efforts importants de la personne qui doit être soutenue, accompagnée.

LE CHEMIN D'ALEX

Le parcours d'Alex en témoigne. Étudiant brillant, il termine son cursus universitaire lorsqu'il tombe malade. Durant cinq ans, il alterne hospitalisations et échecs de reprise d'études. Très abattu, il demande la RQTH (Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé) et l'AAH (Allocation pour adulte handicapé), et est alors orienté vers le Simot.

Quel chemin parcouru en sept ans ! Lors des premiers entretiens, Alex s'engouffrait dans la salle d'attente, sans regarder personne ni dire bonjour. Il s'asseyait, tête basse, les écouteurs sur les oreilles, coupé du monde. Aujourd'hui, Alex travaille en contact avec le public. Lorsqu'il vient au Simot, il est souriant, salue le personnel, prend des nouvelles, plaisante... Comment s'est opéré ce changement ?

Au départ, Alex avait une image très dégradée de lui-même. Le souvenir des crises aiguës de la maladie le submergeait et il doutait fortement de ses capacités. Son référent lui a présenté nos principes de fonctionnement. Les entretiens sont confidentiels et tous les sujets peuvent être abordés. Le chargé d'insertion est là pour aider chacun à construire et réaliser son projet. Alex est resté maître de son parcours. Ainsi, aucune démarche n'a été entreprise sans son accord et il a pu fixer les modalités de collaboration, dire ce qu'il souhaitait accomplir lui-même et ce qu'il attendait comme soutien. Il a pu compter sur l'appui de son référent qui l'a aidé aussi à repérer les obstacles.

La confiance qui lui a été témoignée et le respect de ses choix qu'il a vérifié au fil des entretiens ont provoqué un changement important. Très assidu aux rendez-vous, il osait dire sa souffrance, sa révolte, sa honte, mais aussi ses intérêts et ses envies. Ses projets prenaient forme. Il se voyait un avenir.

Deux événements ont eu un effet révélateur dans le parcours d'Alex :

– Par peur de la rechute, Alex a demandé à son psychiatre d'entrer ponctuellement en contact avec son référent, chargé d'insertion et de formation. Son psychiatre lui a répondu : *« C'est vous qui savez ce qu'il est important de me communiquer de votre travail au Simot et de transmettre à votre référent ce que vous pensez qu'il doit savoir sur les soins. »* Cette responsabilité et cette capacité ainsi signifiées par son médecin lui ont permis d'envisager un nouveau rapport à la maladie, aux symptômes et aux soins. Il ne les subissait plus.

– Alex vivait des relations familiales pesantes. Son père lui dictait sa conduite, voulait penser son avenir à sa place. Il se sentait épié, scruté et les conflits étaient nombreux. En échangeant longuement sur ces difficultés avec son référent, Alex a mieux compris l'attitude de sa famille. Il a pu surmonter ses réactions défensives et exprimer sa volonté de préparer son avenir et de prendre sa vie en main, tout en sollicitant leur soutien et leur confiance. Il a été entendu et la reconnaissance de ses parents a renforcé son assurance.

Comme souvent, le parcours d'Alex n'est pas linéaire. Ses premières tentatives de travail ont été interrompues par la réapparition de graves crises d'angoisses. Il s'est alors engagé dans une activité bénévole. Sa responsable a valorisé ses plus petits progrès sans jamais lui reprocher ses absences, ses retards, ses multiples pauses. Il a progressé, s'est discipliné et a été embauché en contrat aidé pour trois ans. Très attentive, la responsable veillait à ce qu'il acquiert de nouvelles compétences. Alex a suivi avec succès une formation qualifiante, passé des concours et, tenace, il a affronté cinq jurys de recrutement de la fonction publique. Il a finalement été retenu. Aujourd'hui, Alex travaille à temps plein. Conscient de son besoin de repos, il négocie la prise fractionnée de ses congés. Sa directrice reconnaît sa compétence à faire face à son handicap.

UN SOUTIEN CONTINU

S'il est approprié de parler ici de rétablissement, Alex en est l'acteur principal. Mais comme il le précise lui-même, ce parcours n'aurait probablement pas été possible, sans un accompagnement continu. Sans doute faut-il reconnaître dans ce parcours la conjonction de plusieurs accompagnements. Celui du chargé d'insertion du Simot, de son médecin, de sa famille et de ses employeurs qui se sont tous montrés respectueux des choix d'Alex et confiants dans sa capacité à penser et réaliser son projet.

Jean-Luc PICARD,
Directeur
Service d'insertion en milieu ordinaire de travail (Simot),
Strasbourg (67).


MAI
2013
ACCOMPAGNEMENT
UDAFAM SAVOIE

Les grands principes de la réhabilitation psychosociale[1].

Pour Cnaan, la Réhabilitation Psychosociale repose d'abord sur deux postulats :

• Il existe en chaque individu une motivation à développer maîtrise et compétence dans des domaines de la vie qui vont lui permettre de se sentir indépendant et confiant en lui-même.

• De nouveaux comportements peuvent être appris et les individus sont capables d'y avoir recours et de les adapter pour répondre à leurs besoins de base.

Les grands principes sont au nombre de treize :

1er principe : L'utilisation maximale des capacités humaines. Chaque personne est capable d'améliorer son niveau de fonctionnement. La vie est un processus de croissance et de changement et chaque individu, même sévèrement handicapé, est capable de croissance et de changement. C'est de la responsabilité des professionnels de développer le niveau d'attentes que les patients ont pour eux-mêmes, de les aider à se percevoir comme capable de progrès et de les soutenir dans ce processus de croissance. Il convient pour cela d'exploiter les forces de la personne, de travailler avec les parties saines de son Moi.

2e principe : Doter les personnes d'habiletés. C'est la présence ou l'absence d'habiletés (sociales et instrumentales) et non la disparition des symptômes cliniques qui est le facteur déterminant dans le succès de la réhabilitation. Apprendre ou réapprendre les habiletés élémentaires pour agir dans un environnement social, vivre de façon indépendante, garder un emploi, etc., vont être les objectifs du traitement. Les difficultés sont dès lors appréhendées sous l'angle comportemental, en terme de déficits ou d'excès comportementaux.

3e principe : L'auto-détermination. Les personnes ont le droit et la capacité de participer à la prise de décisions concernant leur vie. Il ne s'agit donc pas de faire les choses dans le meilleur intérêt de la personne, mais de lui permettre de prendre ses décisions et d'apprendre au travers des conséquences de ses choix. L'auto-détermination des personnes devraient concerner également la gestion des programmes de réhabilitation auxquels elles participent. L'auto-détermination implique également que la personne soit pleinement informée sur sa maladie, ses conséquences et sur les possibilités de traitement.

4e principe : La normalisation. Il s'agit de permettre aux personnes souffrant de maladie mentale de vivre et de fonctionner dans les mêmes lieux que les autres (logements, loisirs, éducation, travail) ou en tout cas dans les lieux les moins restrictifs possibles. Ce principe s'oppose à la ségrégation. L'objectif idéal de la réhabilitation psychosociale est une vie indépendante dans la communauté avec le minimum de soutien professionnel.

5e principe : L'individualisation des besoins et des services. Chaque personne a des besoins propres. En conséquence, le processus de réhabilitation doit être individualisé pour ce qui est des services, de leur durée, de leur fréquence, etc. C'est du sur-mesure et non pas une action globalisante pour l'ensemble des patients au long court.

6e principe : L'engagement des intervenants. Engagement personnel des intervenants qui sont soucieux du bien-être de la personne et qui ont foi dans ses capacités de progresser. Les intervenants prennent l'initiative de garder le contact avec les personnes (coup de téléphone, visite à domicile) pour limiter les abandons et montrer qu'ils se soucient d'elles.

7e principe : La déprofessionnalisation de la relation d'aide. Les intervenants ne doivent pas se cacher derrière une couverture professionnelle. Les barrières artificielles doivent être enlevées. L'élément humain de la personne de l'intervenant est crucial dans le processus de réhabilitation. De même les intervenants doivent appréhender la personne comme un être humain avec toutes ses dimensions plutôt que sous l'angle d'un seul type de service. Une attitude de « neutralité » ne convient pas. L'intervenant répond, de façon positive ou négative, à ce que la personne dit ou fait, même au sujet de problèmes non-thérapeutiques.

8e principe : Intervenir précocement. Il est essentiel d'intervenir le plus précocement possible dès les premiers signes avant-coureurs de rechute ou de dysfonctionnement. Le but est d'éviter les rechutes et les réhospitalisations et de préserver les acquis en compétences et en liens sociaux (travail, logement, contacts sociaux...).

9e principe : Structurer l'environnement immédiat. Les interventions doivent viser à structurer l'environnement immédiat de la personne (la famille, réseau social, milieu de vie, de travail...) pour qu'elle puisse en obtenir un maximum de soutien.

10e principe : Changer l'environnement plus large. Une partie des interventions doit viser à changer l'environnement plus large de la personne, c'est-à-dire les attitudes et les modes de fonctionnement d'une société qui peuvent nuire à l'adaptation de personnes souffrant de maladie mentale sévère (informer le public, modifier les services médicaux, les structures d'accueil...).

11e principe : Pas de limite à la participation. La réhabilitation psychosociale est un processus continu qui nécessite continuité des soins et du soutien et qui doit être constamment revu en fonction de l'évolution. Il importe de ne pas suspendre les services de réhabilitation en cas d'hospitalisation. S'il n'y a pas de limite de temps, il convient aussi de mettre le moins possible de critères de sélection pour l'entrée dans un programme.

12e principe : La valeur du travail. La Réhabilitation Psychiatrique soutient la conviction que le travail, et spécialement l'opportunité d'aspirer et de se réaliser dans un emploi rémunéré, est un besoin et une force d'intégration pour tout être humain. Il faut garder une foi dans le potentiel de productivité des personnes même lourdement handicapée par la maladie mentale. Il s'agit d'envisager un travail intégré dans la réalité sociale, pas forcément un emploi temps plein, mais des emplois souples, diversifiés tout en restant compatibles avec les besoins des employeurs.

13e principe : Priorité au social par rapport au médical

---

1. CNAAN R.A. *et al. Psychosocial Rehabilitation: Toward a Definition, Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11:4, p. 61-77, 1988.

GEM MODE D'EMPLOI

Les GEM ont été créés en 2005 dans le cadre de la loi pour l'égalité des droits et des chances et la citoyenneté des personnes handicapées. Ce dispositif a prouvé son efficacité. Actuellement 333 d'entre les 373 existants au total, concernent les personnes souffrant de troubles psychiques. Les 40 autres sont consacrés aux personnes cérébro-lésées.

Un arrêté publié le 13 juillet 2011 a clarifié les positions relatives des différents intervenants des GEM. Le cahier des charges précise que : « Le GEM est une association d'usagers adhérents, dont l'objectif exclusif est de favoriser des temps d'échanges, d'activités et de rencontres susceptibles de créer du lien et de l'entraide entre les adhérents. L'association doit être épaulée dans son fonctionnement par un parrain ». Cette association d'adhérents élit un conseil d'administration (loi 1901) qui va déterminer le mode de fonctionnement et les activités du GEM. Le parrain peut avoir une représentation dans ce conseil, mais avec voix consultative, c'est-à-dire sans droit de vote.

Une *convention de parrainage* doit être établie entre le parrain* (dans notre cas l'Unafam) et le GEM. Cette convention définit le rôle du parrain au sein du CA du GEM. « Le rôle du parrain consiste à aider le GEM à s'organiser pour effectuer la plénitude de ses missions » et il peut, « en cas de crise, assurer temporairement certaines de ses missions. »

La convention doit bien prendre en compte le fait que le rôle du parrain est de contribuer à l'*autonomie du GEM.*

Le GEM peut signer une *convention pour la gestion,* avec une association gestionnaire (qui reste donc prestataire de service).

Les *animateurs salariés* « aident les adhérents à s'organiser pour la réalisation de leur projet, ainsi qu'à établir des relations avec l'environnement et les institutions de la cité ». l'Unafam conseille vivement que les salariés soient employés par l'association gestionnaire quand elle existe ; ceci afin d'éviter tous les risques inhérents au statut d'employeur et ne pas faire peser ces risques sur le GEM. L'animateur suggère, aide, met en musique les idées du CA. Il tisse des liens, sans hiérarchie véritable.

Il doit être établi un *règlement intérieur,* un *contrat d'adhésion* type et éventuellement un *contrat visiteur.* Le règlement intérieur doit prévoir le fonctionnement du GEM (par exemple : horaires d'ouverture, intervention bénévole...), les conditions de l'accueil de nouveaux membres, la mise en retrait du GEM de certains membres lorsque nécessaire. Le contrat d'adhésion doit comporter au minimum les coordonnées de la personne et l'acceptation du règlement intérieur. Le contrat visiteur s'adresse à ceux qui ne sont pas encore adhérents et qui désirent découvrir le GEM. À ce stade, il n'est pas encore question de signer le règlement intérieur ; c'est en quelque sorte une période d'essai.

L'ARS est susceptible de rendre visite à ces GEM et elle reçoit tous les ans les rapports demandés.

Le CNIGEM a été fondé par la Fnapsy, la FASM Croix-Marine et l'Unafam en mars 2009. *Le CNIGEM a un rôle fédérateur et représentatif auprès des pouvoirs publics.* À ce titre, le nombre d'adhérents est essentiel pour que sa voix soit entendue. Le CNIGEM est reconnu par les pouvoirs publics (DGCS, CNSA ainsi que certaines ARS).

Par ailleurs les statuts ont été modifiés lors de l'assemblée générale de février 2012, sur deux points essentiels. Les membres fondateurs ne sont plus « présidents de droit » du CNIGEM, mais « administrateurs de droit ». Depuis le CA du 27 septembre 2012, c'est un président de GEM, François Walch, qui assure la présidence du CNIGEM. Dominique Launat, représentant des Croix-Marine, et Jean-Yves Méner, pour l'Unafam, en sont vice-présidents. Lors de cette AG il a en outre été décidé de créer des délégations régionales du CNIGEM. Le rôle de ces délégations régionales est de regrouper les GEM adhérents par région administrative et de représenter ces GEM auprès des ARS.

C'est pourquoi le CNIGEM invite tous les GEM, y compris ceux dont le parrain n'est pas affilié ou membre de l'Unafam, à les rejoindre.

■ Jean-Yves Mener
Administrateur à l'Unafam, vice-président du Cnigem

* Un parrain peut être :
- une association d'usagers (patients, ex-patients, personnes handicapées),
- une association de famille,
- une association ou tout organisme reconnu comme en capacité d'apporter un soutien aux adhérents membres.


MAI
2013
ACTION
ASSOCIATIVE
UDAFAM SAVOIE

La prise en compte(s) du bénévolat

Facultative pour la grande majorité des associations, la valorisation comptable du bénévolat permet toutefois de rendre plus lisibles les ressources réelles de l'organisation. Une démarche qui implique une réflexion préalable et la mise en place d'un suivi particulier.


© L. Carlesso/Croix-Rouge

Pour mesurer le temps des bénévoles, la Croix-Rouge estime le nombre d'heures nécessaires à chaque mission. Celles à horaires fixes étant plus faciles à comptabiliser.

Encouragée par les pouvoirs publics et obligatoire pour les organisations faisant appel à la générosité du public [1], la valorisation comptable du bénévolat associatif est possible depuis 1999. Si le principe de la démarche reste controversé (*lire ci-dessous*), faire apparaître le poids de cette ressource dans les chiffres de l'organisation présente de nombreux avantages. « *Elle permet de mettre en avant l'action des bénévoles, de relativiser les coûts de support qui y sont liés ou encore de rendre compte de l'activité réelle de la structure*, explique Michel Soublin, contrôleur général adjoint au Comité de la charte. *Enfin, c'est une contribution aux fonds propres de l'association, un argument qui peut jouer face à des financeurs.* » Ainsi, sa mise en œuvre peut s'avérer stratégique quand il s'agit d'obtenir une subvention publique conditionnée à un certain niveau de ressources propres. Elle constitue également un enjeu fiscal puisqu'elle peut servir à prouver la non-prépondérance d'une activité lucrative, et ouvrir droit à une exonération des impôts commerciaux. « *C'est une décision politique, qui ne peut faire l'économie d'une réflexion en conseil d'administration*, précise Michel Soublin. *La démarche est intéressante si l'association souhaite développer ou mettre en avant le bénévolat. Cela la poussera aussi à s'interroger sur l'organisation et l'emploi de cette ressource.* »

« Cet apport aux fonds propres de l'association est un argument qui peut jouer face aux financeurs. »

Plusieurs niveaux de valorisation

La règle comptable répond à des critères, notamment celui du caractère significatif de cette contribution. « *Prenons l'exemple d'une association avec un budget de 200 000 euros et deux bénévoles à temps plein: ce serait fausser les informations financières que de ne pas en faire part*, illustre Marc Clouvel, expert comptable et commissaire aux comptes au cabinet Axiome Dis, à Nîmes (Gard). *Dans tous les cas, c'est toujours une bonne chose de la mentionner.* » Plus particulièrement quand certains pans de l'activité dépendent entièrement des bénévoles.

Ensuite, c'est le niveau de fiabilité des mesures de la ressource qui détermine le type d'inscription comptable à privilégier. Sans données précises, le bénévolat peut faire l'objet d'une évaluation qualitative – concernant la nature des activités concernées (accueil, accompagnement d'usagers, gestion administrative, etc.), les difficultés de calcul du temps donné… – ou quantitative (en valeurs absolue ou relative) dans l'annexe du compte de résultat.

Mais si les méthodes de collecte des informations en matière d'action bénévole sont suffisamment sûres, l'association peut opter pour une inscription des données en comptes de classe 8 et au pied du compte de résultat. « *C'est le même montant qui apparaît en "charges" et en "produits", il n'y a pas d'impact sur le résultat*, précise Marc Clouvel. *Ainsi, en l'absence de bénévoles, seules les charges restent. La philosophie sous-jacente est la suivante: pour poursuivre l'activité sans eux, il faudrait embaucher des salariés et trouver des financements.* »

Comment estimer leur temps?

Le principe du « coût de remplacement » est le mode de calcul privilégié pour monétiser le bénévolat. La mesure du volume horaire de l'activité en question, première étape de cette démarche, s'avère plutôt compliquée. « *Les personnes ne sont pas forcément favorables à l'idée de compter leur temps, d'autant que ce n'est pas toujours une gymnastique évi-*

AVIS D'EXPERT


DR

Lionel Prouteau, maître de conférence en sciences économiques à l'université de Nantes

« Tous les acteurs associatifs n'adhèrent pas à la philosophie qui sous-tend la démarche de valorisation comptable du bénévolat. Certains estiment qu'il se trouve alors réduit à son seul aspect économique, productif, au détriment de sa fonction créatrice de lien social. *Exit* aussi la dimension symbolique du don de soi qui relève de la générosité et de l'engagement. Mais l'adage selon lequel "ce qui ne se compte pas, ne compte pas" pousse au contraire à monétiser la ressource bénévole, pour la rendre visible. Enjeu de reconnaissance pour le secteur non lucratif, cette préoccupation a émergé dans les années 1980. Nous n'avons pas de données précises sur le volume d'associations qui valorisent aujourd'hui le bénévolat dans leurs comptes. Ce qui est certain, c'est qu'elles représentent encore une minorité, même si tout porte à croire que la pratique se développe. »

ente pour celles qui jonglent vec plusieurs missions », rapporte Michel Soublin. Leur faire ompléter des « feuilles de :mps », c'est donc parfois rendre le risque de l'imprécion. Sans compter celui de la :qualification en relation de travail, si le dispositif est assimilé à ne forme de contrôle. « *Cette robabilité est nulle*, assure de on côté Colas Amblard, avocat ssocié au cabinet NPS Consulng. *L'élément de requalification t le lien de subordination avec employeur, associé à la vérifiation de l'exécution des tâches, ais aussi au pouvoir de sancon de ce dernier. La valorisation omptable procède d'une logique ut à fait différente.* »

À la Croix-Rouge française, ne autre méthode a été retenue. *Nous estimons le nombre 'heures nécessaires à chaque ission*, explique Olivier Lebel, on directeur général. *Le travail ans les épiceries sociales ou ans les boutiques de vêtements, dont les horaires d'ouverture sont connus, s'y prête plutôt bien. En revanche, l'activité des bénévoles des établissements sociaux et médico-sociaux est plus difficile à mesurer. Comme ils sont beaucoup moins nombreux* [quelques milliers sur 54000 au total], *nous avons fait le choix de ne pas les comptabiliser.* »

Attention. Les stagiaires ne peuvent être considérés comme des bénévoles et le temps consacré par les administrateurs à leur mandat ne doit pas être comptabilisé. Seules les activités que ces derniers réalisent à la place d'un salarié peuvent être valorisées, par exemple quand le trésorier de l'association remplace le comptable.

Des marges de manœuvre

Seconde étape? Monétiser le volume horaire de travail ainsi obtenu. Encore une fois, plusieurs options sont possibles.

Le plus souvent, les associations utilisent le montant du Smic horaire, charges patronales comprises. Il est possible d'y associer des coefficients pour distinguer différents niveaux de responsabilité ou de qualification. Le salaire moyen de l'organisation peut aussi servir de référence. Troisième solution: « *Nous avons choisi le salaire moyen des Français*, témoigne Olivier Lebel. *En effet, le niveau du Smic est trop faible au regard des missions de nos bénévoles. Quant au niveau moyen de rémunération des salariés de la Croix-Rouge, il ne nous a pas non plus paru pertinent, l'activité des bénévoles n'ayant pas de correspondance dans la typologie de nos emplois.* » Ainsi, les marges de manœuvre laissées aux associations dans le choix du mode opératoire restent importantes. Mais la démarche peut aboutir à des procédures contraignantes, à ne pas prendre à la légère.

Pour monétiser le temps de travail, le salaire moyen de l'organisation peut servir de référence.

Aurélia Descamps

[1] Règlement du Comité de la réglementation comptable (CRC) n° 2008-12 du 7 mai 2008

EN SAVOIR PLUS

- ***Bénévolat: Valorisation comptable*, guide pratique du ministère des Sports, de la Jeunesse, de l'Éducation populaire et de la Vie associative, octobre 2012, à télécharger sur www.associations. gouv.fr**
- **Règlement CRC n° 99.01 du 16 février 1999**
- ***Plan comptable des associations et fondations*, Conseil national de la vie associative (CNVA), 2006**
- **Comité de la charte: www. comitecharte.org**
- ***Un travail qui ne compte pas? La valorisation monétaire du bénévolat associatif*, Édith Archambault et Lionel Prouteau, *Travail et emploi*, n° 124, octobre-décembre 2010**


MAI
2013
GESTION &
FINANCES
UDAFAM SAVOIE

DÉCENTRALISATION

Au cœur de la discorde : les Esat

L'acte III de la décentralisation, décliné en trois projets de loi, ne fait pas l'unanimité dans le secteur. Reste à convaincre les parlementaires, qui devraient examiner les textes d'ici à début 2014.

Il faudra donc attendre la fin de l'année – au plus tôt – pour que le transfert des établissements et services d'aide par le travail (Esat) aux conseils généraux en 2015 soit discuté au Parlement dans le cadre du troisième volet du projet de loi de décentralisation [1]. Le temps pour l'Assemblée des départements de France (ADF) et les autres membres du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) de trouver un terrain d'entente ?

Une évaluation préalable

Fin mars, une note de l'ADF sur les enjeux sociaux et financiers de la mesure, questionnant notamment le positionnement des Esat, avait en effet été très mal reçue par certaines organisations. Si bien que le CNCPH avait finalement émis sur le texte un avis défavorable, loin de faire toutefois l'unanimité. « *Cette note pouvait laisser supposer un manque de considération vis-à-vis des acteurs associatifs. Alors que sur le fond, nous avions déjà relevé quelques points d'accord avec l'ADF, par exemple l'intérêt pour les parcours qu'une même collectivité gère les Esat et les foyers* », tempère Martine Carrillon-Couvreur, présidente du Conseil. « *Le fait est que les Esat sont devenus, quasi exclusivement, des lieux alternatifs au milieu ordinaire,* maintient Jean-Pierre Hardy, chef des politiques sociales à l'ADF. *Dans cette note de problématique, nous n'avons voulu éluder aucune question, même les plus délicates, voire taboues.* »



© P. Vedrune/Min. de la Décentralisation

M. Lebranchu (à dr.), ministre de la Décentralisation, et A.-M. Escoffier, ministre déléguée, présentant les projets de loi, le 10 avril.

De son côté, la fédération d'employeurs Fehap appelle à un état des lieux préalable, qu'elle verrait bien confié à la Cour des comptes. « *Cette nouvelle étape ne doit pas se résumer au transfert de l'existant,* prévient David Causse, coordonnateur de son pôle santé social. *Elle doit être abordée sur le mode projet et s'appuyer sur une évaluation préalable des besoins.* » L'association de directeurs Andicat reste, elle, attachée au *statu quo*, pointant notamment « *l'essoufflement du terrain suite aux réformes successives* » et dénonçant « *un abandon par l'État* ».

Les fonctionnaires territoriaux inquiets

Autre crainte soulevée par le secteur, la possibilité pour les métropoles de récupérer certaines compétences en action sociale en conventionnant avec les conseils généraux. « *Cela créerait un risque important d'inégalité de traitement* [au sein] *du département* », alerte l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (Uniopss). Ces collectivités pourraient également se voir déléguer la compétence de l'État en matière d'hébergement. Le Conseil supérieur de la fonction publique territoriale (CSFPT) n'est pas plus rassuré par le projet de texte, à en croire l'avis défavorable rendu le 27 mars dernier. Dans la perspective de fusions et mutualisations de services, ses membres « *ont rappelé leur attachement à la préservation des conditions de travail des agents* ».

Aurélia Descamps

[1] Projet de loi de développement des solidarités territoriales et de la démocratie locale

Avances et acomptes : des notions différentes !

Un salarié sollicite une avance sur le paiement de son salaire après la période des fêtes de fin d'année, un autre exige un acompte pour la même raison. Y a-t-il une différence entre une avance et un acompte ? Comment procéder ?

Le paiement du salaire : la règle

Pour les salariés mensualisés, le salaire doit être payé au moins une fois par mois.

Pour ceux qui ne sont pas mensualisés, le salaire doit être versé (sauf dérogation accordée par l'inspecteur du travail) au moins deux fois par mois, à 16 jours au plus d'intervalle et au moins tous les trois mois pour les commissions dues aux voyageurs et représentants de commerce.

En pratique. Les majorations de salaire dues à des titres divers (travail des jours fériés, de nuit, du dimanche, etc.) doivent en principe être payées avec le salaire du mois au cours duquel les heures ouvrant droit à majorations ont été effectuées.

Avances et acomptes : identiques ?

L'avance sur salaire consiste à payer un travail non encore effectué.

L'acompte sur salaire consiste à payer un travail déjà effectué mais dont la rémunération n'est pas encore exigible.

Illustration. La somme versée le 15 février 2013 correspondant au travail effectué du 1er au 15 février 2013 est un acompte. La somme versée à un salarié le 28 février 2013 et correspondant au salaire du mois de mars 2013 est une avance.

Êtes-vous libre de refuser ?

Les avances : pas d'obligation d'accepter. L'avance n'est pas davantage un droit pour le salarié, qu'une obligation pour vous. C'est vous qui décidez librement d'accorder ou non cette faveur.

L'acompte : les choses sont plus complexes. Certains salariés peuvent en effet en exiger le versement :

- pour les salariés mensualisés : un acompte correspondant, pour une quinzaine, à la moitié de la rémunération mensuelle est versé aux salariés mensualisés qui en font la demande. Vous n'avez pas le choix, vous êtes tenu de le verser ;
- pour les salariés non mensualisés : l'éventuelle dérogation accordée par l'inspecteur du travail à la règle du paiement bimensuel doit garantir la prise de précautions en vue d'assurer aux salariés le versement, à titre d'acompte, de sommes se rapprochant le plus possible et par excès (plutôt que par défaut) de la rémunération due.

Comment payer ?

L'acompte peut être versé en espèces, sous réserve que le montant total du salaire mensuel n'excède pas 1 500 € ! Les acomptes se rapportant à un salaire dont le montant total mensuel excède 1 500 € doivent être réglés par chèque ou virement même si le montant de chacun d'eux pris isolément ne dépasse pas 1 500 €. L'avance peut être versée par tout moyen (espèces, chèque, virement).

Comment récupérer les sommes ?

La loi vous autorise à opérer des retenues sur salaire au titre des avances et acomptes.

Pour une avance : vous ne pouvez vous faire rembourser qu'au moyen de retenues successives ne dépassant pas le 10e du montant du salaire exigible (limite non applicable aux sommes avancées au salarié pour l'acquisition des outils et instruments nécessaires au travail et des matières ou matériaux dont le salarié a la charge et l'usage).

Pour un acompte : l'acompte sur un travail en cours n'est pas considéré comme une avance (C. trav. art. L 3251-3). Il est donc imputable sans limitation sur le salaire à venir.

Vous n'avez aucune obligation d'accepter de verser une avance et pouvez donc la refuser. En revanche, pour un acompte, tout salarié mensualisé y a droit ! Avant de vous interroger sur votre souhait d'accepter ou non, vérifiez la différence entre acompte et avance pour être certain de prendre la bonne décision !


GESTION RESSOURCES HUMAINES
MAI
2013
UDAFAM SAVOIE

Des surveillants de nuit formés au travail éducatif

Face aux incertitudes liées au système des chambres de veille, une association a revu l'organisation de sa prise en charge nocturne. En interne, les partenaires sociaux ont imaginé une nouvelle fonction : celle d'encadrant éducatif de nuit.

Créer des postes d'encadrants éducatifs de nuit pour remplacer des éducateurs spécialisés. C'est la solution trouvée à la remise en cause partielle du dispositif des équivalences par l'Association calvadosienne pour la sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence (Acsea). *« En chambre de veille, les éducateurs, lorsqu'ils travaillaient la nuit, étaient présents de 17 heures à 9 heures, et enchaînaient parfois avec une réunion. Avec le décret du 29 janvier 2007, le système des équivalences ne pouvait plus générer un temps de travail supérieur à 12 heures par jour. Afin d'être en conformité avec cette amplitude, nous avons dû délimiter des plages horaires de travail nocturnes*, explique Éric Knaus, directeur du département des foyers éducatifs. *Dès lors, il semblait évident qu'il fallait affecter des professionnels à ce travail spécifique. »* Restait à fixer leur niveau et leur type de qualification.

Dès 2006, la réflexion sur le sujet avait déjà été engagée, associant la direction générale, les responsables d'établissements et les représentants du personnel. Dans les foyers, les travailleurs sociaux ont craint le pire : *« Nous pointions un risque de despécialisation*, se souvient Lysianne Broudic, déléguée du personnel, auparavant déléguée syndicale CGT et secrétaire du comité d'entreprise. *De plus, comme nous sommes organisés en sept petites "maisons", ces nouveaux travailleurs allaient se retrouver seuls avec les jeunes. »* Autre sujet sensible ? Le manque à gagner induit pour les éducateurs, privés des indemnités associées aux veilles nocturnes.



Les incertitudes liées au régime des équivalences sont à l'origine de l'initiative de l'Acsea (ici, Éric Knaus, directeur du département des foyers éducatifs).

UNE PÉDAGOGIE SPÉCIFIQUE

Fin janvier 2008, la négociation collective donne finalement lieu à deux accords d'entreprise, que la CGT refuse de signer. L'un prévoit de lisser dans le temps cette perte de salaire. Dans l'autre, l'association s'engage à former les futurs encadrants éducatifs de nuit et à les intégrer dans la catégorie des emplois socio-éducatifs de niveau V (CAP ou BEP). Avec l'institut régional du travail social (IRTS) de Basse-Normandie, elle réfléchit alors à un contenu pédagogique spécifique. *« La nuit, les jeunes rentrent parfois de fugue et ils peuvent être alcoolisés ou énervés. Les travailleurs présents doivent donc être en capacité de gérer ce type de situation, qui relève bien d'une compétence éducative*, souligne Éric Knaus. *Nous avions besoin d'enrichir la formation de surveillant de nuit qualifié* [1] *avec, notamment, des apports relatifs à la particularité du travail éducatif de nuit dans le champ de la protection de l'enfance ou encore aux problématiques des jeunes que nous accueillons. »* Les encadrants recrutés dans la foulée, à la faveur de départs non remplacés, ont ainsi bénéficié de 105 heures de formation complémentaires, en plus des 175 heures obligatoires pour obtenir la certification de branche.

LA MOBILITÉ EN QUESTION

Aujourd'hui, dans le seul département des foyers éducatifs, on compte 14 encadrants éducatifs de nuit – deux par maison – dont trois titulaires du diplôme d'aide médico-psychologique (AMP). Pour assurer le lien avec l'équipe de jour et avec le reste du département, des temps de rencontre ont été instaurés : un point trimestriel avec la direction et deux réunions de foyer par mois, entre autres. *« Mon rôle consiste à protéger, sécuriser et donner un cadre aux adolescents, mais aussi à les apaiser, les écouter et gérer leurs angoisses. Car la nuit est aussi un espace de parole. Bien que je travaille seule, je ne me sens pas isolée, je sais que mes collègues sont là pour prendre le relais et je suis associée à la réflexion relative aux projets personnalisés »*, précise Florence Gomis. Arrivée fin 2009 dans la structure, cette encadrante éducative de nuit n'a pas pu bénéficier de la formation complète. En effet, les sessions organisées par l'IRTS ont été stoppées, faute d'un volume suffisant de candidats réguliers. La question des renouvellements à venir est donc posée. Tout comme celle de la mobilité des professionnels en poste : si certains encadrants sont engagés dans des procédures de validation des acquis par l'expérience (VAE) pour accéder aux diplômes du travail social, la formation qu'ils ont reçue à l'Acsea n'est pas reconnue. À titre d'équivalence, ils obtiennent simplement la certification « surveillant de nuit qualifié ». Quant à leur statut, ils restent pour l'instant des « ouvriers qualifiés », affiliés aux services généraux. Mais, rappelle Éric Knaus, *« nous souhaiterions qu'ils soient intégrés dans la filière éducative. »*

[1] Elle est ouverte à l'ensemble des structures de la branche associative sociale, médico-sociale et sanitaire (Bass) et obligatoire pour celles qui relèvent de la convention collective du 15 mars 1966.

CONTACT
• 02 31 35 24 45


MANAGEMENT
MAI
2013
UDAFAM SAVOIE

Aux origines du désir de manager



© Sellig

Véritable vocation, aboutissement logique d'une carrière, besoin de s'engager au service des autres, usagers comme équipes, ou simple opportunité de la vie professionnelle? Les moteurs qui poussent à occuper un poste d'encadrement sont multiples. Et souvent complémentaires.

« *Je voulais faire comme mon père : être directeur !* » C'est une forme de boutade, mais elle en dit long sur les origines du parcours de Dominique Wiart. Car aussi loin qu'il s'en souvienne, l'actuel directeur général de l'association de parents d'enfants inadaptés (Apei) Les Papillons blancs de Dunkerque (Nord) a toujours souhaité manager une structure du secteur social ou médico-social. « *J'ai grandi au-dessus d'une maison d'enfants à caractère social* [Mecs] *que mon père dirigeait et où nous logions* », raconte-t-il. Après le bac, il préfère les études de psychologie à celles d'éducateur afin d'atteindre plus rapidement son but : « *À l'époque, on disait qu'il fallait attendre 30 ans pour être directeur !* » Son objectif étant clair, il prend donc un raccourci.

Mais tous les managers du secteur puisent-ils leur motivation aussi loin dans leur enfance que Dominique Wiart ? Pas forcément. L'une des raisons ? Encadrer est souvent davantage considéré comme une fonction que comme un métier à part entière. Ne parle-t-on pas de « fonction managériale » plutôt que de « métier de manager » ? La plupart du temps, le cheminement pour accéder à des postes d'encadrement se révèle donc plus long.

Un point essentiel de l'envie de diriger : mettre en application les valeurs auxquelles on tient.

Pour Hélène Le Dévéhat, directrice d'une maison d'accueil spécialisée (MAS) et d'un service d'éducation spécialisée et de soins à domicile (Sessad) au sein de l'Association du Cotentin d'aide et d'intégration sociale (Acais), le déclencheur est venu un peu plus tard. Titulaire d'un DEA en droit social, elle s'est orientée rapidement vers le secteur. « *Ma volonté était avant tout de travailler dans le social et d'être proche des gens. C'était mon moteur de départ* », explique-t-elle, sans cacher toutefois ses envies d'un poste de cadre. Mais, en s'interrogeant longtemps sur sa légitimité à prendre des responsabilités managériales... De fait, elle n'a pas été salariée « de terrain », par exemple éducatrice ou infirmière comme une très grande partie de ses pairs. Elle trouve donc son ressort, non pas dans un déroulement de carrière classique, mais dans une volonté farouche : celle de porter un engagement.

Hélène Le Dévéhat, qui a obtenu son certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement social ou de service d'intervention sociale (Cafdes) l'an dernier, parle même de « *vocation sociale* » pour exprimer son vœu de manager des structures du secteur, afin de transmettre des valeurs *via* la définition et la mise en œuvre d'une politique ou d'une stratégie. C'est d'ailleurs un point essentiel du désir de diriger. Non pas simplement encadrer des équipes, ni se satisfaire d'un poste à responsabilité comme le graal d'une carrière bien accomplie, mais surtout pouvoir mettre en application des orientations auxquelles on tient.

Dominique Wiart, qui accorde autant d'importance au volet management des hommes qu'à celui du projet pour les usagers, ne dit pas autre chose : « *J'ai toujours eu envie d'influencer mon environnement sur les valeurs de bientraitance que je porte depuis longtemps.* » En somme, exercer une forme de pouvoir afin d'améliorer la qualité de vie des personnes accompagnées. Un dessein qui se construit parfois très tôt dans une carrière.

Manuel Jardinaud

« Vouloir peser sur les décisions est un ressort-clé »


© Gymn. du management

Valérie Bergère, présidente de Gymnase du management

« Certains individus ne s'imaginent pas autrement qu'en étant leader ou chef d'une équipe. Pour d'autres, ce sont finalement plus des opportunités de carrière qui les amènent à prendre la tête d'un groupe. Il est très difficile de tirer une règle précise en la matière. Cela dit, ceux qui souhaitent devenir managers peuvent être classés en trois différentes catégories. D'abord les personnes ayant besoin de pouvoir et de contrôle. Qui sont finalement peu nombreuses. Elles côtoient celles qui prennent des responsabilités pour se sentir utiles et apporter une expérience et des compétences aux autres, en particulier aux collaborateurs. Enfin, troisième sorte de managers : les individus qui entendent influencer des situations et prendre part aux stratégies. Selon moi, vouloir peser sur les décisions est un ressort-clé pour devenir manager. C'est ce qui explique, en général, la volonté d'obtenir ce type de poste à responsabilité. »

ALLER PLUS LOIN

- ***Penser le management en action sociale et médico-sociale***, Jean-René Loubat, éd. Dunod, 2006
- ***Parcours et légitimité des cadres du social***, Gyslaine Jouvet, éd. L'Harmattan, 2009


JURIDIQUE
MAI
2013
UDAFAM SAVOIE

Le cumul d'emplois du salarié

Par Jérôme BANCEL // Pôle Juridique

La liberté du travail est un principe constitutionnel. À ce titre, le cumul d'emplois est autorisé à tout salarié. Néanmoins, il implique le respect de certaines règles notamment en matière : de durée maximale du travail; de congés payés; d'examens médicaux; de représentation du personnel; de devoir de loyauté.

La durée totale des emplois rémunérés d'un salarié ne doit pas excéder la durée maximale de travail autorisée : « Aucun salarié ne peut accomplir des travaux rémunérés au-delà de la durée maximale du travail, telle qu'elle ressort des dispositions légales de sa profession »[1].

Durée maximale du travail

Elle est fixée à :

- **10 heures** par jour;
- **44 heures**, si le salarié travaille pour 2 établissements du secteur sanitaire et social relevant du champ d'application de l'accord de branche du 1er avril 1999 (article 5);
- **48 heures et 44 heures par semaine sur 12 semaines consécutives**, si le second emploi du salarié est effectué hors du secteur sanitaire et social.

Par exemple, un salarié travaillant 35 heures chez l'un, peut travailler jusqu'à 9 heures chez l'autre. Dans ce cas, il ne pourra effectuer d'heures supplémentaires pour l'une ou l'autre des entreprises.

Un employeur ne peut recourir aux services d'une personne qui contrevient à ces dispositions.[2] Cette obligation est pénalement sanctionnée. Par ailleurs, l'inspection du travail, chargée du contrôle de l'application des dispositions relatives aux cumuls d'emplois, peut demander à l'employeur d'exiger des salariés une attestation écrite certifiant qu'ils ne contreviennent pas aux dispositions relatives à la durée du travail.[3]

Le législateur n'impose pas expressément aux salariés de prévenir l'employeur de son cumul d'emplois. Cependant, **le salarié doit mettre en mesure ses employeurs de s'assurer du respect de la durée maximale du travail.** Dans ces conditions, **l'employeur peut exiger du salarié une information régulière des horaires effectués chez son autre employeur**, sous la forme soit d'une attestation du salarié, soit d'une attestation du second employeur. Le refus du salarié est susceptible d'être sanctionné par un licenciement, éventuellement pour faute grave.[4]

Le cumul irrégulier de contrats n'entraîne pas la nullité du contrat, mais impose une réaction, soit du salarié, soit de l'employeur :

- le salarié doit choisir l'emploi qu'il souhaite conserver, sous peine d'être licencié.[5]
  Lorsque le salarié propose de régulariser sa situation en demandant de réduire son temps de travail, l'employeur peut refuser et mettre le salarié en demeure de choisir l'emploi qu'il souhaite conserver. Le refus du salarié de choisir constitue une cause réelle et sérieuse de licenciement[6];
- l'employeur peut demander au salarié titulaire de plusieurs contrats de travail à temps partiel de justifier de la durée du travail effectuée chez son autre employeur. Un refus du salarié constituerait une faute, susceptible de justifier un licenciement pour faute grave[7], sous réserve, au préalable, de mettre en demeure le salarié de mettre fin à cette irrégularité en choisissant l'un ou l'autre emploi[8].

Néanmoins, certaines activités ne sont pas soumises au respect de la durée maximale légale du travail[9] :

- travaux d'ordre scientifique, littéraire ou artistique et les concours apportés aux œuvres d'intérêt général;
- travaux accomplis pour son propre compte ou à titre gratuit sous forme d'une entraide bénévole;
- travaux ménagers de peu d'importance effectués chez des particuliers pour leurs besoins personnels;
- travaux d'extrême urgence dont l'exécution immédiate est nécessaire pour prévenir des accidents imminents ou organiser des mesures de sauvetage.

1 C. trav. art. L.8261-1.
2 C. trav. art. L.8261-1.
3 C. trav. art. D.8261-2.
4 Cass. soc. 19 mai 2010, n°09-40.923.
5 Cass. soc. 13 mai 1992, n°91-40.734.
6 Cass. soc. 10 mars 2009, n°07-43.985.
7 Cass. soc. 19 mai 2010, n°09-40.923.
8 Cass. soc. 9 décembre 1998, n°96-41.911.
9 C. trav. art. L.8261-3.

Par ailleurs, le respect de la durée maximale du travail ne s'impose qu'aux **activités salariées.** Ainsi, en cas de cumul d'une activité salariée avec une activité non salariée telle qu'une activité libérale, **seule l'activité salariée est soumise au respect de la durée maximale du travail.**

Congés payés

En vertu de l'article L.3141-14 du code du travail : « [...] Pour fixer l'ordre des départs, l'employeur tient compte : [...] 3° le cas échéant, de **leur activité chez un ou plusieurs autres employeurs.** »

Dans ces circonstances, l'employeur doit donc tenir compte de l'activité du salarié chez un ou plusieurs autres employeurs, notamment pour permettre au salarié de ne pas se mettre lui-même en infraction, dans la mesure où il lui est interdit de travailler pendant ses congés payés.

En effet, les congés payés ont vocation à permettre au salarié de se reposer. Cette obligation de repos entraîne notamment **l'interdiction pour le salarié de travailler pendant ses congés,** que ce soit pour son employeur ou pour une autre entreprise. À défaut, le salarié comme l'employeur sont passibles de dommages-intérêts, à valoir à l'assurance chômage et dont le montant ne peut être inférieur à l'indemnité de congés payés. L'action en dommages-intérêts doit être exercée devant le juge d'instance, à la requête du maire ou du préfet intéressés.

Par ailleurs, l'employeur est passible d'une contravention de 5° classe, autant de fois qu'il y a de salariés concernés par l'infraction[10].

Quoi qu'il en soit, le travail pendant le congé, bien qu'interdit, ne prive pas l'intéressé de la protection légale contre les accidents du travail.

Examens médicaux

Si le salarié travaille pour plusieurs employeurs, il est possible de n'effectuer qu'un seul examen si un accord collectif de branche prévoit cette possibilité ou si les différents employeurs ont passé un accord écrit pour se répartir la charge financière générée par la surveillance médicale[11].

Cette opportunité doit faciliter la tenue de cet examen pour les salariés qui travaillent à temps partiel auprès de plusieurs employeurs dans une même période ou chez plusieurs employeurs dans des périodes successives[12].

La visite médicale annuelle effectuée sous la responsabilité du principal employeur vaut pour les autres.

Par ailleurs, le temps et les frais de transport nécessités par les examens médicaux obligatoires, sont pris en charge par les employeurs du salarié à temps partagé proportionnellement à la rémunération versée par chacun d'entre eux.

Représentation du personnel

Le salarié qui cumule plusieurs emplois salariés est **électeur** chez tous ses employeurs.

À l'inverse, le salarié qui cumule plusieurs emplois n'est **éligible** que chez un seul employeur. Il lui appartient de choisir chez quel employeur il souhaite se porter candidat[13].

Loyauté

Pendant toute la durée de l'exécution de son contrat de travail, le salarié est tenu de **ne pas exercer d'activité concurrente** de celle de l'entreprise qui l'emploie. Cette obligation du salarié appelée **obligation de loyauté** est inhérente au contrat de travail et s'applique même en l'absence de dispositions contractuelles précises. Ainsi, l'exercice d'une activité concurrente, aussi bien pendant le cours du contrat de travail ou de sa suspension (maladie, congé sabbatique, congé pour création d'entreprise) que pendant l'exécution du préavis peut constituer une faute grave entraînant le licenciement sans indemnité[14].

Le salarié qui cumule plusieurs emplois est également tenu à une obligation de loyauté vis-à-vis de l'employeur. Ainsi, le salarié peut cumuler plusieurs emplois dès lors que ses activités ne génèrent pas de concurrence entre ses employeurs respectifs.

L'exercice d'une activité concurrente est susceptible d'entraîner la condamnation du salarié à verser des dommages-intérêts en réparation du préjudice subi. ■

[10] C. trav. art. D.3141-1 et D.3141-2.
[11] C. trav. art. R.4624-14.

[12] Circ. DGT n°13, 9 novembre 2012.
[13] C. trav. art. L.2314-16 et L.2324-15.
[14] Cass. soc. 15 janvier 2002, n°99-45.938.

Interdit de fumer dans les chambres des usagers ?

Les structures pour adultes sont des lieux de vie dans lesquels les résidants séjournent au long cours. La question de leur tabagisme interroge la notion de domicile. Analyse du régime juridique applicable pour identifier des solutions à la fois conformes et adaptées.

La législation anti-tabac [1] inscrite dans le Code de la santé publique (CSP) s'applique à tous les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS). L'interdiction de fumer vise expressément « *tous les lieux fermés et couverts qui accueillent du public ou qui constituent des lieux de travail* ». L'emploi d'une signalétique spécifique est obligatoire pour signifier cette prohibition. Le seul aménagement possible réside dans l'installation d'un fumoir, dont les caractéristiques techniques sont drastiques : absence de lieu de passage, extraction des fumées par ventilation mécanique d'une puissance réglementée, dispositif de fermeture automatique, superficie limitée, contrôle de l'installation [2].

L'obligation de sécurité

Les chambres étant également des lieux de travail, s'ajoute une jurisprudence draconienne si des salariés ou des agents peuvent être exposés au tabagisme passif. Les employeurs, publics comme privés, encourent une condamnation indemnitaire car le fait de soumettre un professionnel à la fumée constitue, selon les cas, la violation de l'obligation de sécurité de résultat ou bien une faute de service [3].

Néanmoins, le droit des institutions sociales et médico-sociales n'aborde qu'indirectement la question du tabagisme. De manière générale, les structures doivent garantir la sécurité des usagers. Ce conformément au Code [4] de l'action sociale et des familles (CASF) et à la Charte des droits et libertés de la personne accueillie qui, traitant du droit à la protection, reconnaît celui à la sécurité et à la santé. De l'obligation de sécurité (souvent reconnue comme étant « de résultat » par la jurisprudence), découle la nécessité de restreindre l'emploi du feu (source de risque d'incendie, dont rendent compte maints exemples dans lesquels la responsabilité pénale des professionnels a pu être recherchée). Mais aussi celle d'encadrer l'installation du mobilier personnel dans les chambres (s'agissant par exemple de la réglementation relative aux matelas ignifugés).

Domicile ou lieu à usage privatif ?

Il est parfois soutenu que la liberté de fumer des personnes dans leur chambre se justifie par le fait que celle-ci constitue leur domicile. Or, la notion juridique de domicile a de multiples acceptions (en droits fiscal, électoral, de l'aide sociale, processuel des tutelles, ou encore des successions) qui ne se recoupent pas et ne correspondent pas toujours à la résidence de l'usager. Ceux sous tutelle sont un cas topique : en vertu de l'article 108-3 du Code civil, leur domicile ne peut être que chez leur tuteur, excluant toute autre domiciliation. Au demeurant, la jurisprudence judiciaire considère que le seul fait de vivre durablement en un lieu n'entraîne pas *ipso facto* un changement de domicile : cela doit également résulter d'une volonté non équivoque de produire des effets juridiques.

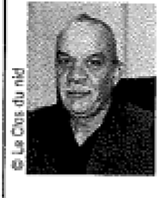
Dans les structures, une signalétique spécifique est obligatoire pour signifier cette prohibition.

Par ailleurs, le juge administratif a affirmé que la chambre d'un usager ne peut être son domicile lorsqu'il a refusé aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) le bénéfice du régime de faveur applicable à l'aide à domicile en matière de cotisations sociales. Le magistrat a confirmé la nature de contrat d'entreprise du contrat de séjour et reconnu la portée obligatoire du règlement de fonctionnement, le caractère institutionnel de l'accueil interdisant par principe aux personnes accueillies de disposer librement de leur chambre [5]. Mais le fait que cette dernière ne puisse constituer un domicile ne fait pas obstacle à ce qu'elle soit considérée comme étant d'usage privatif. C'est d'ailleurs ce que considère la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) lorsqu'elle étend au lieu de résidence de vacances la protection de la vie privée qui s'applique ordinairement au domicile. De ce point de vue, la notion de lieu privatif va bien au-delà de la définition juridique du domicile et est confirmée, en droit des institutions, par la consécration des droits individuels des usagers. L'enjeu n'est donc pas celui du domicile, mais bien celui du respect des libertés individuelles, qui en est indépendant.

Une doctrine administrative ambiguë

Plusieurs circulaires administratives de 2006 et 2007 ont évoqué la question de la liberté de fumer dans les structures. Outre le fait qu'elles n'ont pas de valeur juridique hors des services de l'administration destinataires, il faut constater qu'elles sont contradictoires. Dans celle du 12 décembre 2006, l'ex-Direction générale de l'action sociale (DGAS) reconnaît la pleine responsabilité de l'employeur en cas de tabagisme fautif. Mais elle considère la chambre, lieu privatif, comme n'étant pas concernée par l'interdiction, tout en rappelant les risques liés à l'in-

POINT DE VUE

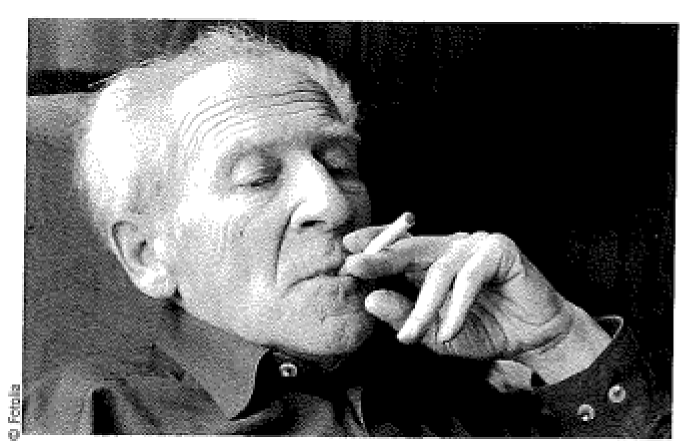


Gian Barilani, directeur des foyers d'hébergement de l'association Le Clos du Nid (Lozère)

« Les foyers d'hébergement de Bouldoire et de Palherets de l'association accueillent respectivement 61 et 81 personnes en situation de handicap. Environ un tiers d'entre elles fument. Nous sommes pris en contradiction entre deux injonctions : l'interdiction de fumer dans les lieux publics et le droit des usagers. Le règlement de fonctionnement, soumis et expliqué à chaque personne lors de l'admission, précise qu'il est interdit de fumer dans les lieux collectifs (salon, salle à manger, couloirs...), fortement déconseillé dans les chambres (le personnel s'y rend peu car le ménage est effectué par les résidants eux-mêmes) et strictement prohibé au lit. Les usagers doivent donc sortir pour fumer. Mais on sait bien que certains fument tout de même dans leur chambre. Les éducateurs mènent donc une politique de prévention avec un soutien à la gestion de la consommation. Ainsi, l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa) intervient au sein d'un groupe de travail interne avec l'infirmière pour l'aide au sevrage. »

cendie et sans prohiber l'intervention des professionnels à l'intérieur. Ce faisant, elle contredit un autre texte, d'octobre 2007, dans lequel la Direction générale de la santé (DGS) estime que les chambres d'hôtel, constituent des substituts de domicile où l'interdiction de fumer ne peut être imposée… sauf si le responsable des lieux en décide autrement. Quant à la circulaire ministérielle de décembre 2006, relative à cette interdiction dans les établissements de santé, elle opère une distinction entre chambres de court et de moyen séjour – où la prohibition doit s'appliquer – et celles de long séjour. Sans toutefois indiquer en quoi les premières seraient un lieu de travail et pas les secondes…

Au final, aucun principe clair ne se dégage de la doctrine administrative qui finit toujours par souligner que le règlement intérieur peut contenir des restrictions à une totale liberté de fumer des usagers. Et pour ajouter à ces ambiguïtés, une circulaire gouvernementale du 3 août 2011 énonce qu'aucun mineur ne doit pouvoir accéder à un lieu où l'on fume. Si cette règle était suivie à la lettre, alors elle justifierait l'interdiction pour ces jeunes de se rendre dans les chambres des résidants fumeurs, ce qui constituerait au passage une violation du droit au respect des liens familiaux consacré par l'article 6 de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie…


© Fotolia

Dès la procédure de préadmission, une information précise sera délivrée aux futurs usagers sur les modalités d'autorisation de fumer.

Les dispositions liées au tabagisme doivent être mentionnées au règlement de fonctionnement.

Les attentes et besoins des usagers fumeurs sont légitimes. Pour autant, le caractère contraignant de la réglementation anti-tabac limite les possibilités d'y répondre. Les structures peuvent :

- soit disposer d'un lieu qui peut leur être réservé et qui n'est pas intégralement clos et couvert ;
- soit installer un fumoir conforme aux nouvelles spécifications techniques obligatoires.

Compte tenu du coût de la deuxième solution dans le contexte budgétaire actuel, il convient sans doute de privilégier la première option, ce en fonction de la configuration architecturale. Dans tous les cas, l'identification du lieu où les résidants pourront fumer devra être mentionnée au règlement de fonctionnement [6] qui décrit notamment l'organisation, l'affectation et les conditions d'utilisation des locaux.

Des restrictions objectives

L'interdiction de fumer dans les chambres, tout aussi légitime au regard des obligations de sécurité opposables aux ESSMS tant à l'égard des équipes que de l'ensemble des personnes présentes dans l'enceinte, doit aussi être posée de manière explicite et objective dans ce même règlement. En effet, c'est *via* ce support que sont déterminées les mesures prises dans l'intérêt de la sécurité des personnes et des biens [7] ainsi que, plus globalement, que sont arbitrés les conflits entre liberté individuelle et contraintes [8] liées à la vie collective [9]. Pourront d'ailleurs être traitées sur un même plan les restrictions liées au tabagisme et à l'allumage du feu.

L'objectivation de ces restrictions par le règlement de fonctionnement appelle à une information élargie de l'ensemble de la collectivité, notamment parce que toute modification de ce texte doit faire l'objet de consultations pour avis du conseil de la vie sociale (CVS) et des institutions représentatives du personnel. Enfin, lors de la procédure de préadmission, une attention particulière sera prêtée aux attentes des futurs résidants et une information précise leur sera délivrée concernant les modalités sous lesquelles les fumeurs pourront s'adonner à leur plaisir, sans gêner ni les autres usagers, ni le personnel.

Olivier Poinsot,
avocat à la cour, cabinet Grandjean, Poinsot et associés

[1] CSP, art. L3511-1 et suiv. et R3511-1 et suiv.
[2] CSP, art. R3511-2 à R3511-5
[3] Cass. soc. n° 06-45.888 du 5 mars 2008; CE n° 330959 du 30 déc. 2011
[4] CASF, article L311-3
[5] CAA de Nantes n° 10NT02061 du 27 octobre 2011
[6] CASF, article R311-33
[7] CASF, article R311-35
[8] Lire Direction[s] *n° 105, p. 18*
[9] CASF, article R311-37

POINT DE VUE


© Ehpad La Péronière

Hugues de Vergnette, directeur de l'Ehpad La Péronière, Association des Foyers de province (Loire)

« Seuls deux des 72 usagers de l'Ehpad fument. Au sein de l'unité protégée, une résidante, à qui il était inenvisageable de laisser un briquet en permanence du fait de ses troubles cognitifs, s'adresse à l'équipe soignante qui détient son paquet de cigarettes lorsqu'elle veut fumer ; puis, elle rejoint un espace à l'extérieur équipé et abrité (celui du personnel fumeur). Le second usager, en fauteuil roulant, se déplaçant donc très difficilement, fume dans son studio, avec l'interdiction de le faire dans son lit pour des raisons de sécurité. Nous considérons qu'il s'agit d'un espace privatif. Si le personnel y intervenant venait à se plaindre, nous trouverions une autre solution. Quant au règlement de fonctionnement, il rappelle à tous qu'il est interdit de fumer dans les parties communes. »

EN SAVOIR PLUS

- **Circulaire DGAS n° 2006-528 du 12 décembre 2006 (lutte contre le tabagisme dans les ESMS)**
- **Circulaire DGS/MC2 n° 2007-370 du 9 octobre 2007 (interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif)**
- **Circulaire ministérielle du 8 décembre 2006 (interdiction de fumer dans les établissements de santé)**
- **Circulaire gouvernementale du 3 août 2011 (mesures de lutte contre le tabagisme prévues par la loi Hôpital, patients, santé et territoires du 21 juillet 2009)**


DOSSIER
DU MOIS

LES ACTIVITES PHYSIQUES ADAPTEES ET LA PSYCHIATRIE

Introduction

« *Le corps et son appréhension sont des éléments essentiels de la conscience de soi. Les troubles de la représentation du corps sont très souvent constitutifs de troubles psychiatriques. Cependant, compte tenu du dualisme classique de la séparation du corps et de l'esprit, le corps est souvent oublié en psychiatrie* ».

La loi du 11 février 2005, a apporté des évolutions fondamentales en ce domaine, en reconnaissant l'accessibilité au sport comme un droit à part entière.

La maladie psychiatrique peut se définir, selon l'OMS, comme « des troubles de l'esprit momentanés ou durables, susceptibles d'être guéris ou réduits avec une thérapie adaptée ». Il est important de cerner le caractère « momentané » et non inéluctable de ces troubles et de différencier maladie psychiatrique et déficience intellectuelle. « *La personne présentant une maladie psychique souffre de nombreux a priori négatifs de la part du milieu ordinaire. En termes de représentation le patient en psychiatrie est catalogué comme malade et donc comme dangereux* ». Ce clivage ne contribue pas à une meilleure intégration de ce public en club de sport ordinaire.

Adapter les activités physiques

Les APA englobent les activités sportives à destination d'un public spécifique ou de personnes présentant des caractéristiques comme le vieillissement, les troubles d'ordre cardiaque, respiratoire ou métabolique, les maladies chroniques ou encore dans le champ du handicap moteur, sensoriel, mental ou psychique.

La mise en œuvre des activités physiques et sportives vise l'amélioration de l'état de santé des patients pris en charge en psychiatrie. Le plus souvent cette prise en charge est conduite par une équipe pluridisciplinaire. « *Les APA sont utilisées à des fins de prévention, de rééducation, de réadaptation, de réhabilitation, de réinsertion, d'éducation et/ou de participation sociale* ».

Les intervenant en APA évaluent, enseignent et planifient. Ils doivent posséder les compétences indispensables en APA (diplômes spécifiques encadrés par le ministère des Sports) ; ils exercent sur prescription ou autorisation médicale en lien avec l'équipe dans le cadre d'un projet de soin. La démarche des APA s'articule autour de plusieurs étapes comme l'identification des besoins de la personne, l'évaluation de ses capacités physiques, fonctionnelles et cognitives.

Bienfaits des APA pour un public en situation de handicap psychique

La pratique sportive régulière constitue aussi un espace de retour en société. Elle rompt l'isolement social qui conduit à la sédentarité et permet de se réapproprier une image corporelle positive. Le patient hospitalisé est souvent sensible à l'approche APA, soit parce qu'il pratiquait déjà une activité avant la maladie, soit parce que cette expérience de vie le reconnaît comme étant acteur de son propre soin.

Dans le cadre de la psychiatrie, les APA permettent, au-delà de l'humanisation du soin, de favoriser la rencontre et la relation entre le soignant et le patient dans un environnement original, chaleureux, et rassurant. Cette relation conjuguée à l'apport de l'équipe pluridisciplinaire contribue à une meilleure connaissance ou une meilleure compréhension de la problématique du patient, à une juste évaluation de ses capacités corporelles, de ses difficultés relationnelles et sociales. Dans ses activités, la notion de plaisir est à souligner. En effet, lors des séances, le patient est invité à revisiter son corps en prenant plaisir à bouger, à prendre conscience de ses capacités ou limites, à communiquer en mouvement.

De manière plus générale, les APA contribuent à :

- Retrouver les capacités fonctionnelles.
- L'acquisition d'une meilleure condition physique et hygiène de vie.
- Le développement des fonctions cognitives.
- L'élargissement des capacités de communication.
- L'acquisition d'une meilleure estime de soi.
- La construction d'un projet individuel ou collectif.
- La mise en œuvre de sa citoyenneté.

<u>**Les pratiques existantes**</u>

1. **Pratique en structure psychiatrique**

Les APA sont organisées de manière différente en fonction des structures. De manière globale, l'activité peut être individuelle mais le plus souvent elle a lieu en groupe avec un objectif de soin en ligne de mire : « *l'activité est proposée dans un cadre précis : la plupart du temps, l'idée de l'APA est suggérée soit par le patient lui-même, soit par les infirmiers qui observent les patients dans leur quotidien. Si, bien souvent, ce désir du soignant est initiateur du projet, il n'est pas suffisant pour le programmer. Mettre en place des activités physiques suppose avant tout de s'interroger sur les objectifs du soin en fonction des besoins du patient et de ses capacités. Le choix de l'activité, les formes de pratique, l'évaluation de l'état général du patient sous psychotropes, seront autant d'étapes délicates, mobilisant l'équipe constituée par le professeur de sport, l'infirmier qui accompagnera le patient dans l'activité, le médecin somaticien et le psychiatre* ».

2. **Pratique en structure associative adaptée**

Deux associations sportives travaillent en lien direct avec les personnes présentant des troubles psychologiques :
La Fédération Française de Sport Adapté (FFSA), a été créée en 1971 et reconnue d'utilité publique en 1999. Elle a reçu délégation du ministère des Sports pour organiser et promouvoir la pratique sportive auprès de personnes présentant une déficience intellectuelle et des troubles psychiques. Avec plus de 50 disciplines et 1 800 rencontres organisées sur toute la France, la FFSA propose une offre sportive large et variée adaptée aux situations de handicap et aux désirs de ses 46 000 licenciés.

En résumé, voici toutes les formes de pratiques de la FFSA :

- Secteur non compétitif : les activités motrices (pour personnes en situation de handicap important) et le loisir.
- Secteur compétitif : la compétition en sport adapté est organisée, selon le niveau de capacité des sportifs en trois divisions :
    - Division 1 : les sportifs sont capables de pratiquer une discipline dans des conditions règlementaires très proches de celles des fédérations délégataires.
    - Division 2 : les sportifs sont capables de pratiquer une discipline sportive à condition que sa règlementation soit aménagée.
    - Division 3 : les sportifs, malgré leur handicap plus important, sont capable de pratiquer une discipline très adaptée, mais restant compétitive.

Dans le cadre de sa délégation de service public, la FFSA déploie des activités physiques et sportives (APS) en faveur des personnes en situation de handicap psychique. La FFSA a signé une convention avec l'Association Sport en Tête, et a pour objectifs :

- L'organisation et la promotion d'activités physiques, corporelles et sportives, dans les perspectives du soin en psychiatrie et de la santé mentale.
- La formation des personnels concernés par ces activités.
- La coordination des initiatives, notamment de recherche, qui vont dans le même sens.

3. Pratique en structure fédérale ordinaire

Les clubs ordinaires ont encore beaucoup de difficultés à accueillir de manière régulière des publics en situation de handicap. Pour preuve, ces derniers représentent 1% des licenciés en France.

Les freins à la pratique sportive

Plusieurs facteurs peuvent constituer des freins à la pratique sportive.

Tout d'abord, il existe des raisons liées au sujet. La personne en situation de handicap psychique a des difficultés à s'inscrire dans un projet à moyen et long terme (du fait même des pathologies). La pratique sportive régulière chaque semaine peut se révéler difficile. Par ailleurs, la stabilisation des maladies psychiatriques passe souvent par une aide médicamenteuse. Celle-ci peut engendrer une prise de poids et une plus grande fatigabilité. Il existe donc pour cette population une réelle difficulté à pouvoir s'épanouir en milieu sportif ordinaire. L'environnement, ensuite, peut jouer un rôle défavorable. En effet, l'accès à la pratique sportive est conditionné par des éléments extérieurs : les patients ont-ils accès aux APA directement au sein de l'établissement ? Existe-t-il des clubs ordinaires ou FFSA à proximité du lieu de vie du patient ? Etc. Enfin, les clubs eux-mêmes peuvent dissuader de la pratique sportive. Selon une étude réalisée par le pôle ressource national handicap, les dirigeants de clubs ont indiqué que les difficultés d'intégration de personnes en situation de handicap étaient liées aux éléments suivants : méconnaissance du public, manque de formation spécifique et manque d'accompagnement humain.

Perspectives

De nombreuses démarches contribuent actuellement à une meilleure connaissance des personnes en situation de handicap psychique. Il existe une offre sportive au sein du secteur hospitalier et une offre sportive adaptée en dehors de l'hôpital pour pouvoir poursuivre une activité régulière. Cependant, il manque un maillon pour faire le lien entre les deux secteurs. Des rapprochements progressifs s'établissent entre le secteur hospitalier et le secteur fédéral. Ces initiatives porteront certainement leurs fruits à moyen et long terme.

L'accompagnement humain auprès des sujets porteurs d'une maladie mentale est essentiel tant pour l'initiation à la pratique d'APA que pour la pérennisation de cette pratique. Il appartient donc à chacun de se sensibiliser, de se former pour que ces personnes puissent bénéficier de la pratique sportive de leur choix, dans le respect de leur sécurité et de leur citoyenneté.

Entrer dans la danse, faire un pas vers le soin

L'expérience débute aux États-Unis, dans les années 1940, grâce à des danseuses qui s'adressent à des populations malades. Elles interviennent en milieu hospitalier et utilisent des techniques de danse moderne pensées comme des outils pour l'éducation de la perception et de la sensibilité. Depuis, en matière de danse-thérapie, se sont développés divers méthodes, théories et concepts (Expression primitive, *Laban Movement Analysis*, Biodanza, *Body Mind Centering*, Danse-contact, etc.).

Au centre hospitalier de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or (69), un dispositif singulier a été créé. Ce nouvel outil de soin prolonge une thérapie d'ensemble. Il associe deux techniques et résulte d'un parcours professionnel atypique : l'infirmière à l'origine de ce groupe de soin médiatisé est danseuse, elle a pratiqué et enseigné la danse classique, le modern'jazz, la danse contemporaine et d'autres techniques corporelles comme le yoga et le *do-in*[1], avant d'effectuer une reconversion professionnelle dans le métier du soin. Elle exerce en psychiatrie et a été formée à l'analyse des groupes par Rosa Jaitin[2].

La particularité de cet atelier de danse-thérapie est la réunion de la danse contemporaine, avec sa spécificité "l'improvisation", influencée par les travaux de Pina Bauch[3], Anna Halprin[4], Merce Cunningham[5], et du Grupo Operativo qui met en œuvre une technique d'animation groupale d'orientation psychanalytique, conceptualisée par le psychanalyste Enrique Pichon Rivière en Argentine [1].

La danse contemporaine

La danse contemporaine apparaît après la danse moderne, dans les années 1960. Les chorégraphes abordent les problématiques du mouvement et du corps en représentation. Elle emprunte ses techniques aux courants moderne ou classique, les détourne, introduisant d'autres disciplines artistiques pour les intégrer dans un vaste domaine de forces novatrices aux formes multiples. Les ateliers d'improvisation deviennent un moyen d'exploration des capacités de mouvement du corps et d'expression personnelle.

Elle se pratique en groupe. De ce fait, c'est un mobilisateur psychique qui fait appel à la temporalité et à la spatialité, témoignant de l'être au monde et du rapport à autrui. Elle induit la mise en mouvement (sens initial du mot "émotion") physique, psychique et symbolique dans une *« aire intermédiaire d'expérience »* [2] avec une dimension artistique. *« La tension suscitée par la mise en relation de la réalité du dehors et de celle du dedans serait soulagée par cette aire, lieu des arts »* affirme Donald W. Winnicott [2]. Pour Henri Maldiney, *« la dimension constitutive de l'art est une dimension de l'existence même »* [3].

Elle s'adresse à des patients éprouvant une faille dans l'image du corps, une perte de contact avec la réalité, une perte de l'estime de soi, un déficit de symbolisation. L'idée est de passer par le corps pour aller vers la pensée, au sein du groupe qui active le processus de transformation en mobilisant les liens. L'improvisation, choisie

comme scène résonnante, offre un espace de liberté d'expression du mouvement dansé, dans cette *« aire de jeu »* où la créativité devient possible. Improviser, c'est combiner, associer, pour s'évader du monde extérieur et entrer en soi-même, puis, s'ouvrir, pour entrer en relation avec l'environnement. *« Le corps devient un réseau de rapports changeants, entre posture et environnement »*, explique Martha Graham[6].

Mais la danse n'est pas thérapeutique en elle-même. *« La danse est un art qui permet la rencontre »*, assure la danseuse chorégraphe Kilina Cremona. C'est une médiation incluse dans un dispositif qui peut l'être cependant. Il est nécessaire qu'il permette au sujet une élaboration psychique, dans un cadre observant les transferts et contre-transferts, l'autre étant représenté par sa présence corporelle dans le groupe. E. Pichon Rivière définit le groupe ainsi : *« Ensemble de personnes, liées par des constantes de temps et d'espace et agencées par une représentation mutuelle interne qui configure une situation groupale et qui propose explicitement ou implicitement une tâche constituant la finalité de celui-ci »* [1]. Il caractérise le groupe comme une *« aire d'expression des liens »*.

Le Grupo Operativo

La Grupo Operativo est la méthode d'écoute et d'analyse de la groupalité utilisée dans l'atelier. Il s'agit de repérer "l'obstacle" émergent (ce qui fait obstacle à la tâche), de le penser pour le transformer. Cette technique s'appuie sur la théorie de *« l'appareil psychique groupal »* d'après les travaux de Didier Anzieu et René Kaës [4,5]. Trois niveaux de liens sont écoutés (intra, inter et trans-subjectif). L'observation tient compte des phénomènes défensifs à l'œuvre dans les groupes : l'illusion groupale, les hypothèses de base [6] entre autres, également de la diffraction du transfert, l'évènement transférentiel et contre-transférentiel dans les groupes étant complexe. Angelo Bejarano a nommé quatre objets transférentiels : le transfert central (sur l'animateur du groupe), latéral (sur les membres du groupe), groupal (sur le groupe comme objet libidinal), et le transfert dirigé sur le monde extérieur au groupe [7]. Rosa Jaitin ajoute un transfert sur l'objet médiateur qu'elle nomme *« pentavectoriel »* [8].

Pour résumer, une écoute des angoisses et des fantasmes individuels circulant dans le groupe s'effectue par la mise en lien de l'intra-psychique individuel à l'intersubjectif groupal. Cette écoute est particulière en ce qu'elle s'intéresse à la mise en évidence des mécanismes de résistances propres à l'activité groupale. C'est une écoute du processus groupal, à repérer, nommer et contenir pour viser la réalisation du soin. La richesse de ce processus, combinée à l'observation des mouvements, apporte d'infinis supports aux patients et aux soignants. Ainsi, la question de l'alliance thérapeutique et de l'adhésion au soin se posant régulièrement, "entrer dans la danse", se rencontrer en s'appropriant son corps et une place dans le groupe pourrait ouvrir une "porte d'entrée au soin". La danse-thérapie favoriserait le processus créateur, la mise à jour de structures nouvelles : inventer l'inédit pour poursuivre les soins.

Après avoir été utilisé dans une unité de soins psychiatriques adultes entre 2006 et 2009, l'atelier de danse-thérapie s'est élargi à tous les secteurs de l'intra-hospitalier, de manière transversale, soutenu par la direction des soins infirmiers et inclus dans la Fédération des activités médiatisés dans le cadre des activités physiques adaptées (APA). Ce type de soin s'inscrit dans la dimension d'un travail commun, en référence à la psychothérapie institutionnelle.

Le dispositif

L'atelier de danse-thérapie est animé par deux soignantes. Ce groupe de soin est semi-ouvert. Il accueille sept patients sur indication médicale pendant une heure et demie chaque semaine.

Les participants sont des personnes souffrant de troubles psychotiques. Pour la plupart, ils présentent des difficultés de verbalisation dans le rapport psychothérapique ou des troubles de l'image corporelle. Ces personnes sont carencées en matière de sécurité de base, en déficit de symbolisation ; d'autres sont en perte d'estime de soi dans des mouvements dépressifs. *« La psychose est la pathologie de la rencontre »*, selon Hubertus Tellenbach, psychiatre phénoménologue.

La séance comprend trois phases :

- **La première, dite "de rencontre", facilite l'entrée** dans cet espace de jeu et de régression, un temps d'accueil où la parole est utilisée.
- **La seconde phase, dite "de mise en lien", est le temps "dansé"**, celui du langage corporel : entrée en contact avec le corps, au sol, en posture de portage, avec exploration du souffle, du squelette, du poids, de la relation corps-sol. Puis, le groupe est mis en mouvement par une verticalisation progressive, l'expérience des déplacements évoluant avec des repères et des consignes (mouvements répétitifs, pauses,

suspensions). Les qualités sont explorées (lenteur, rapidité, fluidité, légèreté, lourdeur), des échanges en miroir ont lieu dans des gestuelles communes, des marches, des transferts d'appuis, des changements de rythme et de direction. L'improvisation est soutenue par un thème, introduisant parfois des matériaux (tissus, bâtons, ficelles, textes...). La musique, comme ambiance, soutient la mise en scène des mouvements corporels.

• **La troisième phase, dite "de séparation", ritualisée par un recentrage et un retour au calme,** inaugure le temps de parole final où chacun exprime les émotions du temps dansé, sur le principe de l'association libre. L'animatrice écoute la groupalité et restitue ce qui semble émerger. Cette élaboration tend à favoriser l'évolution. Un processus individuel s'engage.

Situations cliniques

Mlle M., 20 ans, a suivi onze séances, à la fin d'une hospitalisation de dix mois pour des soins en psychiatrie sans consentement, à la suite d'une tentative de défenestration. Souffrant d'une psychose infantile, avec une personnalité immature, elle se montre vulnérable, a des comportements sexuels à risques. Elle vit chez son père et sa belle-mère, les rapports sont conflictuels. Elle alterne entre l'expression de plaintes somatiques, le "tout va bien", la familiarité ou l'agressivité verbale, débordée par l'angoisse. Au cours des séances à l'atelier de danse-thérapie nous observons son évolution : elle est d'abord accompagnée pour les trajets unité de soin-salle de danse, dans un souci de protection. Après sept séances, elle se rend au groupe seule s'autonomisant progressivement.

D'abord dans la séduction avec les soignants, elle montre une forme de "faux-self", elle rit, dit s'amuser dans ce groupe. Puis son excitation défensive diminue. S'approcher du corps devient angoissant, ses mouvements sont complexes, confus, nous la portons par une attention très soutenue, à travers les consignes et le cadre. Elle reste très investie, se persécute facilement, puis pose un jour la question de "la folie", de ce qui est permis dans les rapports humains. Portée par ce groupe, qui a oscillé entre des mouvements de rétention et de lâcher-prise, de craintes de séparation et de retrouvailles dans le "danser ensemble", elle s'est approchée de la différenciation et de l'individuation.

L'objectif étant de l'accompagner vers l'autonomisation à travers un travail sur l'image corporelle, elle a pu nous quitter et partir vivre dans un centre de réinsertion sociale et de réadaptation professionnelle, avec un peu d'appréhension mais aussi du désir. Nous l'avons vue s'exprimer de plus en plus clairement, avec un corps en surpoids exposé au regard de l'autre, puis réapproprié avec plus de douceur, dans une complicité plus saine. Elle s'est bien intégrée dans ce nouveau lieu de vie et n'a pas été ré-hospitalisée.

Mlle C., 30 ans, en état-limite grave, répétant les hospitalisations, avec des épisodes de scarifications massives, a accepté de s'inscrire dans ce soin, reconnaissant ses difficultés avec son corps. Après la première séance, où elle a montré une gestuelle libre, elle est restée mutique. Elle refuse ensuite de poursuivre, puis revient (sa place a été gardée dans le groupe), se met à parler dans le temps de parole prévu, clairement. Elle s'absente à nouveau, suscitant inquiétude et agacement, ainsi qu'elle le fait avec son médecin, les soignants ou ses parents. Elle revient, vérifie *« qu'on l'aime encore »*, joue avec la rivalité, parvient à reconnaître sa gestuelle puissante, brutale, à sentir qu'elle peut s'y prendre autrement avec son corps : *« je sens que je m'élance et puis je retombe »*, déclare-t-elle, exprimant ainsi sa problématique.

Ses difficultés à tenir en équilibre sur ses deux pieds se donnent à voir. Nous expérimentons l'enracinement, les points d'appui, la sécurité dans les mouvements. Sa danse devient plus douce ; elle décrit d'ailleurs un corps moins lourd. Mlle C. s'engage vraiment dans le soin, les scarifications et les hospitalisations s'espacent. Elle est toujours présente dans le groupe, dans un système d'hospitalisation de jour.

Conclusion

D'autres patients ont évolué dans ces groupes. Parfois, la danse est lente et lourde, confuse, morcelée ; elle parle de la psychose. Puis elle prend forme, tonalité ; le jeu devient possible ; la poésie apparaît dans des chorégraphies improvisées. La danse relie, entraînant le groupe et les individus dans de nouvelles configurations désirantes. L'atelier de danse-thérapie, après réadaptation du cadre, a accueilli un groupe d'enfants en soin dans une unité de pédopsychiatrie de l'hôpital. En 2013, il sera mis à disposition des patients au centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) de Vaise-La Duchère (Lyon 9). ■

Le rugby, une école du toucher

▮ Le rugby met le corps à rude épreuve ▮ Attaque, défense, contact, toucher sont autant d'éléments pris en compte dans l'activité physique proposée ▮ Celle-ci est très structurée et sécurisante d'un point de vue psychique ▮ Prendre plaisir au jeu, avec ses règles, contribue au rapprochement relationnel.

Didier Becas
Marion Luksenberg
Sandrine Denis

Developing touch through rugby. Rugby subjects the body to a tough test. Attack, defence, contact, touching are all elements which form part of this physical activity. It is very structured and safe from a psychological perspective. Taking pleasure in the game, with its rules, helps patients to develop interpersonal and relationship skills.

Mots clés
• Activité sportive
• Contact physique
• Psychose
• Relationnel
• Rugby
• Toucher

Keywords
• Interpersonal relationship
• Physical contact
• Psychosis
• Rugby
• Sports activity
• Touch

Initier au rugby un groupe de patients présentant des troubles psychotiques, qui plus est de manière chronique, peut apparaître insolite, inimaginable, voire pour certains périlleux… Cette idée a pourtant germé au sein du groupe de patients, qui participent régulièrement et, parfois depuis quelques années, au groupe sport de l'unité de réhabilitation psycho-sociale (URPS) où ils sont hospitalisés. Les représentations de grands gaillards costauds qui n'ont pas peur d'aller au contact avec vigueur pour faire marquer des points à leur équipe sont bien loin de ce que les patients vivent. Le rapprochement corporel n'est pas aussi évident, et dépasser ses angoisses pour parvenir à faire un match nécessite un cadre sécurisant et ludique. Cet article, écrit dans l'après-coup de l'activité, est une réflexion théorico-clinique sur l'aspect progressif du dispositif.

Un groupe ouvert

L'URPS de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu (69), créée en janvier 2004, accueille des patients présentant des troubles psychotiques, et pour lesquels les tentatives de réinsertion dans la cité n'ont pas abouti de façon durable et satisfaisante.

▮ **Ces personnes ne relèvent plus de soins actifs,** mais la maladie et la durée de l'hospitalisation ont amoindri leurs capacités relationnelles et de gestion de la vie quotidienne. L'URPS s'inscrit dans un temps de transition, intermédiaire entre la stabilisation de la maladie et la réinscription dans une place sociale.

▮ **Les trois axes de prise en charge sont:**
- **prendre soin de soi;**
- **réactiver du lien social;**
- **travailler la relation à l'autre et à la famille.**

▮ **Le groupe sport fait partie du premier axe.** Il se situe dans le registre des activités physiques et sportives adaptées (APA). Pour rappel, ce terme est né au Québec en 1970. Encadrées par l'enseignant en APA, ces activités sont organisées pour « *des personnes en situation de handicap et/ou vieillissantes, atteintes de maladie chronique ou en difficulté sociale, à des fins de prévention, de rééducation, de réadaptation, de réhabilitation, de réinsertion, d'éducation* » [1]. Porteur d'un fort ancrage culturel, et en lien direct avec l'"extérieur", le projet du groupe sport entre en correspondance avec celui de l'URPS. Les APA ont pour objectif de réactiver les capacités cognitives, physiques, sociales et relationnelles des patients.

▮ **Les activités sportives proposées sont "adaptées" pour les rendre accessibles** à des personnes en mauvaises conditions physiques et psychiques souvent malhabiles, vite angoissées, manquant de confiance en elles. À raison d'une séance en groupe par semaine, des cycles de 8 à 10 séances d'activités sportives, choisies par le groupe, sont proposés. Le groupe est ouvert et se constitue sur la base de la volonté de chaque patient. En moyenne, 11 patients y participent. Ce groupe est encadré par un ou deux soignants, des stagiaires infirmiers et l'enseignant APA.

Le cycle rugby

L'initiation au rugby procède du choix du groupe sport de démarrer une activité "sport collectif jeux de ballons". Les participants ont voté.

▮ **Lors des exercices d'échauffement de type "jeux de rugby" de la première séance,** l'intérêt du groupe pour ce sport est manifeste : tout le monde participe et les émotions (sourire, joie de

http://dx.doi.org/10.1016/j.spsy.2012.12.006

la réussite) sont tout de suite présentes. Il n'y avait pas de contact dans les exercices proposés. L'enseignant APA propose donc une initiation au rugby comme activité principale, en pointant toutes les adaptations possibles pour rendre l'activité accessible à tous.

L'objectif de fin de cycle est annoncé: organiser des matchs impliquant un contact physique, dans un cadre ludique et sécurisant. Comme tous sports collectifs, l'objectif est l'organisation et la participation à des matchs. Pour rendre cela possible, se pose la question des contacts physiques inhérents à une activité rugby, même adaptée. Il faudra établir et appliquer des règles de contact physique permettant que le match de rugby se déroule dans un cadre apaisé.

Un traitement spécifique de l'activité rugby, séance après séance, doit permettre aux patients de différencier:

- **le contact qui "fait mal", c'est-à-dire les chocs,** conduisant à la mise en place de règles de sécurité;
- **le contact autorisé et faisant partie du jeu** (pousser ou être repoussé, encercler de ses bras), c'est-à-dire les règles groupales;
- **les contacts liés aux rituels du sport:** se taper dans les mains, serrer la main de son adversaire.

D'une manière générale, il a fallu davantage encourager à utiliser les contacts autorisés que sanctionner ceux qui étaient interdits. Dans un premier temps, les contacts liés aux rituels du sport, ont été "facilitateurs" pour faire groupe.

Chaque séance du cycle se compose de cinq parties distinctes:

- **retour sur la séance précédente,** évocation des absents du jour, explications du déroulement de la séance;
- **échauffements à base de marche,** de course et de jeux de ballons simples (passes);
- **exercices travaillant la technique individuelle,** le collectif et la mise en place des règles de contacts;
- **match (pour les trois dernières séances)** ou jeux d'opposition s'apparentant à des matchs (comptage de points avec des équipes gagnantes ou perdantes à la fin);
- **retour au calme,** verbalisation sur le vécu de la séance et explication du déroulement de la prochaine séance.

Observations cliniques des patients

Lors des toutes premières séances les patients se présentent de manière très différente suivant leur histoire, leur maladie, leur personnalité.

Suivons quelques-uns des patients:

- **Patrick participe pour la première fois au groupe sport.** Il est plutôt inhibé, ne parle que si on l'interroge et sans faire de longues phrases. Ayant déjà fait du sport collectif, il est à l'aise techniquement, respecte les consignes de jeu et de sécurité. Il fait en sorte de n'avoir aucun contact physique. Pour lui, il n'est pas possible d'oser encercler quelqu'un avec ses bras.
- **Élodie est très contente de faire du sport.** Elle se donne à fond et manifeste beaucoup dans d'excitation verbale et physique, en voulant un peu tout faire (préparer le matériel, porter les ballons, installer les cônes...). Dans le jeu, il faut la refréner. Par son excitation, elle pourrait se faire mal ou faire mal à quelqu'un. Elle ne contrôle ni sa vitesse de déplacement ni ses appuis.
- **Hélène est un peu perdue devant l'agitation du jeu, les consignes, le bruit du gymnase.** Ses premières séances sont difficiles. Elle a un peu peur des autres, de se faire mal. Les contacts physiques lui posent question. Elle fait un pas en arrière dès qu'on s'approche d'elle. Après la séance, au moment de boire, elle nous explique que *«si quelqu'un boit dans le verre d'une autre personne, c'est qu'il est amoureux de cette personne»*.

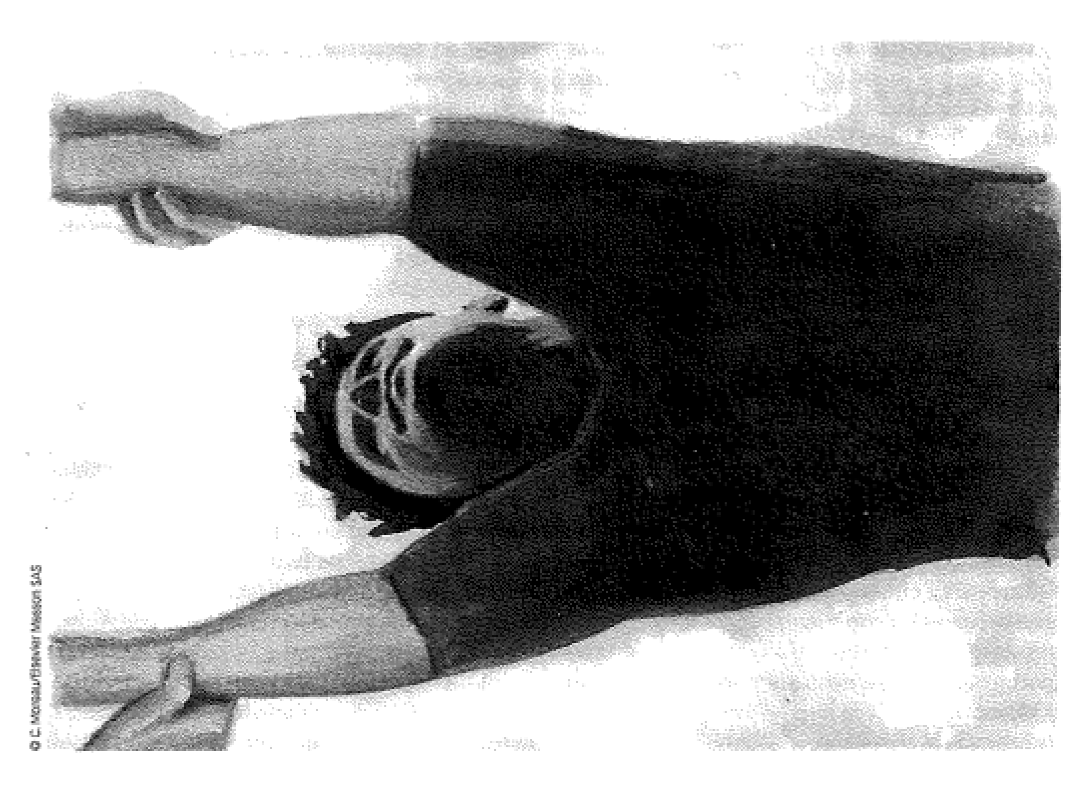
Évolution de l'activité

À mesure de l'avancement des séances, les exercices se complexifient, chacun prenant de plus en plus de rôles différents (joueur attaquant d'abord, puis défenseur petit à petit, attaquant et défenseur à la fois, arbitre, capitaine d'équipe). Certains rôles sont difficilement tenables pour certains patients en particulier celui de défenseur, qui consiste à faire barrage avec son corps.

Au niveau des contacts physiques, les exercices proposés graduent l'engagement physique et la possibilité de contact. Pour les premières séances, le défenseur était toujours soit l'enseignant APA soit un soignant venant régulièrement à l'activité. Ainsi, le niveau de contacts physiques dans les exercices est adapté à la personne, en fonction de son acceptation ou non des contacts, de son excitation, de sa présence dans le cycle.

Lors d'un même exercice, il peut être demandé:

- **pour certains, de faire barrage avec son corps,** comme pour Hélène;
- **pour d'autres, d'encercler avec ses bras,** comme pour Patrick;
- **voire, pour les plus à l'aise, de pousser et repousser l'adversaire,** prendre le ballon des mains.



En fin de cycle, les difficultés de contact sont dépassées, si bien que les exercices proposés se complexifient pour aboutir aux matchs. La technique de jeu et la stratégie, de plus en plus prépondérantes pour que l'équipe soit efficace, permettent de mobiliser les capacités cognitives et de cohésion des patients. Avant chaque début d'exercice ou de match, l'équipe a un temps pour se coordonner, donner des consignes, mettre en place une stratégie. Un rôle tout désigné pour Patrick.

Enjeux cliniques du toucher

Au rugby, il est bel et bien nécessaire d'aller au contact soit des partenaires pour les soutenir, soit des adversaires pour leur dérober le ballon. Lors de ces contacts, l'inhibition, l'excitation, voire l'érotisation peuvent émerger dans un contexte où "l'interdit du toucher" est momentanément mis entre parenthèses.

Les situations de contact mobilisent immanquablement les mouvements fondamentaux de l'histoire de l'individu. Elles font écho à la construction de la "peau psychique" qui participe à une représentation unifiée de soi, résultat d'un processus au cours duquel l'individu évolue du stade de nourrisson collé à sa mère au stade d'individu différencié.

Du peau à peau au moi unifié

En revisitant au plus près les étapes de développement de la construction du moi, il a été possible de mieux comprendre les symptômes observés au cours des séances.

D'abord, le "peau à peau" initial mère/bébé amène l'enfant à découvrir et investir une "peau commune" [2]. Cette représentation le rassure face au monde extérieur et lui donne la sensation d'une unité corporelle et psychique. Le vécu de l'enfant est alors marqué par les qualités sensorielles et émotionnelles propres à leur relation. Le contact peut être fort, chaud, brutal, tendre, mou, dur…

Puis, vient une alternance de sensation entre "toucher" et "ne pas toucher" en fonction de la présence/absence de la mère, alternance sur laquelle s'effectue le passage du collage au décollage. L'enfant fait alors progressivement l'expérience de la séparation.

Ce passage s'effectue avec des aménagements qui peuvent être divers. Ainsi, par exemple, lorsqu'une mère tient son enfant dans ses bras et qu'elle souhaite le déposer dans son lit, elle le fait avec précaution : elle l'enveloppe de mots, de regards, qui lui signifient que, même sans contact physique, elle est juste à côté ou elle pense encore à lui. L'enfant se différencie donc petit à petit de son environnement maternant.

Références

[1] http://www.sfp-apa.fr/cms/l-activite-physique-adaptee.html
[2] Collectif. Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité, Éditions du Papyrus; 2009.
[3] Didier Anzieu, Le Moi Peau, Dunod 1995.

Dans un troisième temps, l'enfant teste la limite entre lui et le monde de façon plus active. Il tape les objets, vient éprouver leur résistance, leur texture. Il teste son pouvoir destructeur sur les objets et sur les personnes : il tire les cheveux, il mord. Il obtient alors des réponses de l'environnement, qui lui signifie les limites entre soi et le monde mais aussi les limites entre ce qu'il peut faire ou ne pas faire. L'enfant s'affirme, son rapport au monde entre en action de façon nettement plus agressive. Cette agressivité est soutenue par un tonus corporel et par la peau qui est, de fait, en première ligne.

Le quatrième stade s'articule au précédent et vient encadrer, réguler la question du toucher par des interdits structurants. Ils s'établissent après l'acquisition de la distinction dehors/dedans.

D'une part, l'enfant est invité à se détourner progressivement du corps maternel pour se tourner vers le monde. "Ne reste pas collé au corps de tes parents, assume d'avoir un corps séparé pour explorer le monde extérieur", telle pourrait être la forme la plus primitive de l'interdit tactile.

D'autre part, son élan vers le monde est tempéré par l'adulte afin qu'il se protège de dangers éventuels ("On ne touche pas n'importe quoi, n'importe comment"). Cet interdit est une interface qui sépare la région du familier, protégée et protectrice, de la région de l'étranger, inquiétant, dangereux.

Enfin, ces interdits permettent l'acquisition des codes sociaux et culturels qui encadrent le toucher et définissent les situations, les lieux, les modes de toucher, ainsi que l'âge et le sexe des protagonistes. Par exemple, serrer la main, faire la bise, renseigne sur le lien entre deux personnes. À cette étape, le toucher acquiert en plus une dimension symbolique. Au rugby, une belle action est gratifiée par les joueurs qui se rassemblent et se tapent dans les mains.

Angoisses archaïques

Dans la psychose, ces étapes non pas été suffisamment expérimentées, ni intégrées. La peau n'est pas assez pare-excitante et résistante. Le sujet n'est pas assez différencié et l'agressivité n'est pas encore tout à fait dirigée vers un objet suffisamment solide. C'est pourquoi le toucher au rugby peut susciter des fantasmes d'intrusion, de destruction, et réveiller un certain nombre d'angoisses en lien avec les étapes archaïques du développement et possiblement, ébranler des fondations trop fragiles.

Plaisir et sécurité

Néanmoins, par une pédagogie adaptée et un accompagnement soignant, le rugby, permet à l'agressivité et au toucher d'être mis en jeu et vécus dans le plaisir et la sécurité.

Le processus en cours dans la succession des séances a été pensé pour pratiquer le rugby dans un cadre ludique et sécurisant.

Il a donc fallu :

- **d'une part, penser la progression des séances,** pour une levée progressive de l'interdit du toucher, pour éviter une inhibition trop grande (comme pour Patrick) ou une excitation débordante (Élodie).
- **d'autre part, à chaque exercice, pour les animateurs en situation de défenseur, s'adapter** à chacun à partir de l'observation de ce que le patient pouvait supporter en termes de levée d'interdit du toucher. Cette adaptation relève du dialogue tonico-émotionnel, décrit par Julian de Ajuriaguerra, neuropsychaitre [2], dans lequel les émotions des deux partenaires sont transmises *via* l'expression des visages, le rythme cardiaque et respiratoire, la sudation, la tonicité musculaire et la tension gestuelle plus ou moins vive.

Par cette attention fine à l'état tonique et émotionnel de chaque patient, les animateurs ont incarné une fonction pare-excitante et sécurisante.

Conclusion

Cette activité sportive d'initiation au rugby propose un but et une direction à la pulsion. La gradation des séances ainsi que l'adaptation tonico-émotionnelle des enseignants, constitutive du dispositif préfigure une "interface", au sens de Didier Anzieu [3], qui permet de passer du "protégé/connu/familier" à "l'étrange/nouveau/potentiellement inquiétant".

À partir d'un cadre sécurisant, chaque participant peut prendre plaisir à sentir sa propre solidité, consistance, limite physique par la résistance qu'oppose le corps de l'autre ; expérimenter différents degrés de contact et se rapprocher de ses sensations, mieux identifier ce qui est agréable et ce qui fait mal ; prendre plaisir au rapprochement relationnel, sans pour autant, à l'exemple d'Hélène, être débordé par un désir envahissant. ■

Déclaration d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

L'auteur

Didier Becas, enseignant en activités physiques adaptées,
Marion Luksenberg, psychomotricienne,
Sandrine Denis, psychologue,
centre hospitalier Saint-Jean-de-Dieu, 290 route de Vienne, BP 8252, 69355 Lyon cedex 08, France
didier.becas@arhm.fr

L'escalade ou l'ascension vers soi

▮ Parmi les activités sportives proposées dans le parcours de soins en psychiatrie, l'escalade, pratiquée notamment avec un groupe d'enfants, se révèle comme un art de se dépasser ▮ Grâce à l'interaction du groupe, des enseignants, des professionnels de santé et des enfants, elle influe sur la structuration psychique des enfants présentant des troubles du développement.

Climbing or the ascent towards oneself. Among the sports activities offered as part of the psychiatric care pathway, climbing, practised notably with a group of children, becomes a demonstration of the art of surpassing oneself. Thanks to the interaction within the group, between teachers, health professionals and children, it influences the psychological patterning of children presenting development disorders.

Les activités sportives s'inscrivent dans le large panel des médiations utilisées dans le champ de la psychiatrie. Elles constituent un outil thérapeutique utilisant le corps comme support et le sport comme médiateur. Ces activités sont adaptées aux patients dans le cadre d'un projet élaboré avec l'équipe pluridisciplinaire.

▮ **Le service des sports de l'établissement public** de santé (EPS) Ville-Evrard (93) est accessible, sur présentation d'une indication thérapeutique, à tous les patients, hospitalisés ou non, pris en charge dans une des multiples structures de l'hôpital. Ainsi, des groupes d'enfants, d'adolescents et d'adultes pratiquent des activités sportives comme la gym douce, la remise en forme, les sports collectifs… et l'escalade. Les professionnels du service des sports qui encadrent l'escalade sont des éducateurs spécialisés de formation. Ils sont diplômés en escalade avec une spécialisation pour les personnes en souffrance psychique, ce qui permet de garantir la sécurité et la technique de ce "sport à risque", à travers un dispositif réfléchi, structuré et adapté aux patients.

Vers les sommets

Plusieurs groupes d'enfants issus des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), des hôpitaux de jour (HDJ) et des unités d'hospitalisation temps plein (UHTP) pratiquent ainsi l'escalade le temps d'une année scolaire. Pour certains de ces enfants un diagnostic de disharmonie psychotique, de troubles envahissants du développement, notamment d'autisme, a été posé. D'autres manifestent des troubles du comportement, qui sont souvent l'expression d'une pathologie limite, de troubles des conduites, de troubles oppositionnels ou encore d'hyperactivité.

▮ **Ces troubles handicapent de manière importante leur vie familiale,** sociale et scolaire. L'amélioration des qualités relationnelles est l'un des objectifs communs aux projets de soins de ces enfants. Les médiations artistiques ou corporelles comme l'escalade sont des outils privilégiés dans la prise en charge des enfants en pédopsychiatrie. D'après René Kaës, la médiation *« consiste à choisir un objet ou une activité comme un moyen par l'intermédiaire duquel il est possible d'obtenir un certain effet de travail psychique chez les personnes qui y participent, ou pour établir en elles ou entre elles un certain type de relation »* [1].

▮ **En escalade, le but est d'atteindre le sommet de la paroi en empruntant des trajectoires appelées "voies".** Un système de cotation indique la difficulté de l'itinéraire choisi et les passages imposés. Sur le plan physique, l'acte de grimper nécessite un engagement global du corps qui contribue à affiner la perception d'un corps unifié. Pour monter, il faut enchaîner et coordonner les mouvements de différentes parties du corps et anticiper les prochains. Au cours des différentes séances, les enfants apprennent ainsi à transposer leur centre de gravité par un jeu de placements,

de déplacements et d'équilibre. Mais afin de progresser sur ces parois plus ou moins verticales, ils vont également devoir se confronter à de nombreuses émotions inhérentes à l'escalade comme le vertige, la peur de tomber ou celle d'être lâché.

Un cadre structuré

S'appuyant sur l'hypothèse de travail qu'un cadre structuré, avec des repères spatio-temporels, une régularité et une permanence dans la prise en charge amène à des effets structurant pour l'enfant, un projet d'activité est formalisé. Il précise le dispositif, les professionnels, les patients, les objectifs, la structuration des séances et l'évolution de l'activité sur l'année.

- **Les premiers mois, les enfants se familiarisent avec cette activité, dans la salle d'escalade,** La Rotonde, située dans l'EPS. Là, ils évoluent sur une structure artificielle d'environ 6 mètres de haut et 8 mètres de large. Plus tard dans l'année, ils expérimentent le mur d'escalade du gymnase municipal Deglane (12 mètres de haut et 15 de large), situé à Neuilly-sur-Marne (93). Au printemps, une sortie en forêt de Fontainebleau contribue à découvrir l'escalade sur les rochers. Au mois de juin, un séjour de trois jours sur la falaise du Saussois, dans l'Yonne, permet de clôturer l'année et de mettre à profit en site naturel les apprentissages acquis sur des structures artificielles. C'est l'occasion d'appréhender l'escalade en grandeur nature (jusqu'à 30 mètres de haut), de se confronter à de nouvelles angoisses, à de nouvelles peurs et de trouver les ressources pour les surmonter.
- **Les groupes sont composés de quatre à six enfants, âgés de 4 à 11 ans.** Ils sont accompagnés par des professionnels de chaque service (infirmiers, éducateurs spécialisés, psychomotriciennes et aussi d'une psychiatre pour un des groupes). Les séances, hebdomadaires, durent entre une heure et une heure trente. Elles se fractionnent en cinq séquences dont de nombreux paramètres, comme la difficulté des exercices, la manière d'énoncer les consignes (à l'oral ou avec une démonstration pour permettre l'imitation), l'échéance des objectifs... sont adaptés au groupe en fonction du nombre de participants, de l'âge des enfants et de leurs capacités.

L'accueil

Tous en rond, chacun dit bonjour. Les éventuelles absences sont expliquées. L'accueil est la première étape qui participe à la constitution du groupe, en ce qu'elle inscrit les participants dans la permanence et crée le sentiment d'une unité, d'une cohésion de groupe.

L'échauffement

L'échauffement commence par un travail segmentaire, toujours dans le même ordre, de chaque articulation, en commençant par le cou et en descendant jusqu'aux chevilles. Les différentes parties du corps sont touchées et nommées avec l'objectif d'une perception d'un corps unifié. L'échauffement se poursuit par des exercices au sol. L'idée est de travailler sans la dimension émotionnelle des positionnements et des déplacements utiles sur la paroi.

Le temps de l'escalade

- **Les premiers exercices sur le mur sont des déplacements verticaux** (escalade et désescalade) et latéraux (les "traversées") effectués à petite hauteur. Les enfants apprennent à se déplacer sans la gêne occasionnée par le matériel et sans l'appréhension de la hauteur ou de la chute. Des images ou des instruments de musique disposés sur le mur peuvent être utilisés pour matérialiser l'objectif à atteindre. La prise de plaisir dans le mouvement étant l'étape ultime de l'escalade.
- **Avec le jeu de la balançoire encordé et suspendu dans le vide à quelques dizaines de centimètres du sol, l'enfant apprend à s'asseoir dans le baudrier,** à se laisser porter, à se pousser du mur avec les deux pieds. Véritable plaisir sensoriel pour certains, cet exercice s'effectue avec un assureur (adulte) qui donne des consignes à l'enfant (ou le stimule afin d'éviter, pour certains enfants, l'enfermement autistique dans le balancement). Les objectifs de cet exercice sont multiples : se familiariser avec le matériel, accepter de se laisser porter, apprendre à se positionner en descente, apprivoiser et transformer les sensations éprouvées. Chaque enfant, en fonction de ses capacités, y trouve un intérêt et/ou un plaisir.
- **Avec l'escalade encordée, la corde est l'élément de sécurité indispensable à l'ascension des voies de plus de trois mètres.** Mais pour les enfants, c'est aussi le témoin du danger potentiel ! L'ascension jusqu'en haut du mur se fait rarement du premier coup. Et lorsqu'ils y arrivent, ils doivent alors se confronter à la descente dite "en moulinette" assis dans le baudrier et suspendu dans le vide ! La bascule dans le vide est un exercice chargé d'une forte dimension émotionnelle et provoque souvent le réflexe de l'agrippement au mur (antagoniste avec la descente).

L'apprentissage du nœud d'encordement et de l'assurage fait partie des objectifs de l'année et participe à l'autonomisation des enfants.

Le rangement du matériel

Le rangement est une étape importante, car impliquer les enfants dans toutes les étapes de l'activité participe à les rendre acteurs et autonomes. L'objectif est d'éviter un comportement de "consommation" de l'activité.

Le regroupement

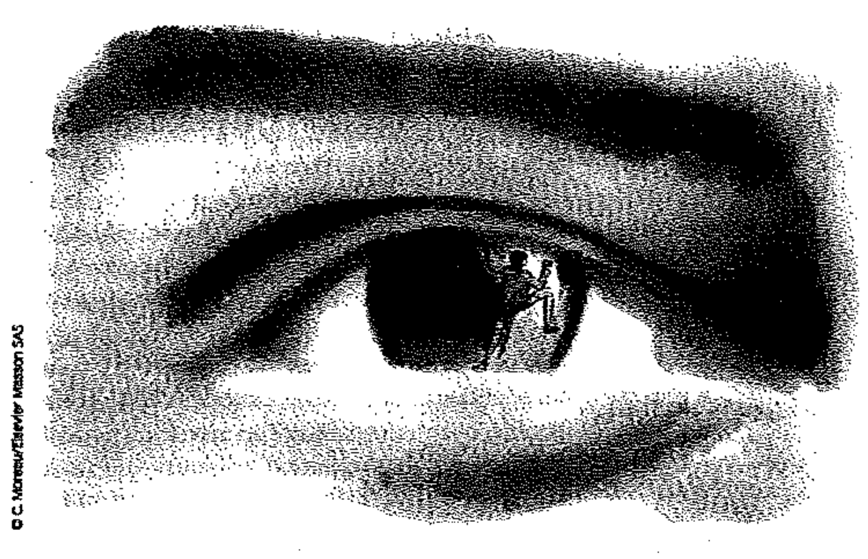
La fin de séance est différente d'un groupe à l'autre. Temps de parole, dessin, collation... mais les objectifs sont les mêmes : retour au calme, moment d'expression des ressentis et des évènements de la séance. Le regroupement finalise la séance et permet de la relier à la suivante en fixant les futurs objectifs individuels ou groupaux.

D'après Bernard Chouvier[1], ce qui est thérapeutique, c'est la rencontre entre deux niveaux de sens : un dispositif pensé, construit et encadré par des thérapeutes et une matière (ou une activité dans notre cas) capable de susciter envie et désir qui serve de médiateur. Le point de contact entre les deux niveaux n'est rien d'autre que le relationnel. Pour lui, c'est par cette rencontre que s'enclenche la dynamique groupale et transférentielle qui conditionne le processus de changement [2].

Des soignants formés à l'escalade ?

Si l'expertise technique et les "performances" sportives des éducateurs du service des sports leur donnent le rôle de ceux qui savent, ils doivent permettre aux professionnels des services de trouver leur place.

Avoir pratiqué l'escalade est un élément indispensable pour les professionnels qui accompagnent les enfants. En effet, ceux qui ont vécu l'expérience de la "grimpe", trouvent plus facilement leur place dans l'accompagnement des patients. D'abord, parce qu'ils sont sensibilisés à l'aspect technique de la discipline et s'inscrivent ainsi plus facilement dans le déroulement de la séance (capables par exemple, d'aider les enfants à s'équiper, ou de les "assurer"). Mais aussi et surtout parce que faire l'expérience des éprouvés relatifs à l'escalade permet d'en pénétrer les mécanismes et de les comprendre, afin d'adopter un comportement empathique et étayant envers un enfant en proie à ces sensations déstabilisantes.



Pour autant, les novices en escalade ou les réfractaires à la pratique ne sont pas exclus de l'activité. Ceux-là trouvent généralement leur place sur le banc face au mur d'escalade ! Assis avec les enfants qui attendent leur tour, ils sont spectateurs des prestations des petits grimpeurs et observateurs de la dynamique de groupe et des interactions entre les enfants. Si cette vision globale est essentielle.

Leur rôle ne se cantonne pas à l'observation. Ils veillent également à limiter l'excitation individuelle (liée à l'appréhension, à l'attente...) et temporisent celle du groupe (les débordements, les commentaires, voire les moqueries...). Enfin, ils recueillent les enfants après les exercices proposés. Ils les réconfortent, partagent avec eux l'expérience vécue, et mettent des mots sur les sensations et les émotions. Témoins des échecs et des prouesses, leurs encouragements et félicitations participent au travail de valorisation narcissique des enfants. Il n'est pas rare que les enfants leur demandent : *« T'as vu jusqu'où j'ai grimpé ? »*

Après le départ des enfants, les équipes procèdent à des "post-groupes". Ces réunions d'équipes permettent pour chaque enfant une mise en commun ainsi qu'une reprise théoricoclinique des observations des professionnels. Outre une évaluation de la progression de la coordination psychomotrice et de l'évolution sur un plan sportif des enfants, une attention particulière est portée aux trois dimensions que René Kaës nomme les *« espaces psychiques dans les groupes »* [1] ; à savoir l'espace du groupe, celui du lien (les interactions entre les membres) et celui du sujet singulier.

Une visée thérapeutique inscrite dans une démarche de soins

Si les pathologies et les parcours de vie sont très hétérogènes, tous ces enfants ont fait l'expérience de ce qu'on peut appeler un échec au niveau de l'intégration. En effet, leurs difficultés relationnelles, physiques et psychiques ont souvent entraîné une exclusion progressive du tissu social. Il n'est pas rare qu'ils soient déscolarisés et qu'ils soient décrits par leur entourage comme étant incapables de tisser des liens stables et de bonne qualité, avec leurs pairs et/ou avec les adultes du milieu familial et scolaire d'origine.

Quand on parle de troubles des conduites, d'états limites, de troubles oppositionnels, de troubles envahissants du développement et donc d'instabilité, d'inhibition, d'agitation et d'intolérance à la frustration, on fait référence à des symptômes ou à des regroupements de symptômes différents qui interfèrent lourdement avec l'intégration des enfants dans leur contexte de vie. Ces enfants sont l'objet d'un rejet massif, souvent vécu avec douleur, colère, tristesse parfois désespoir. L'activité escalade est utilisée dans le cadre d'une démarche de soin, en tant que médiateur thérapeutique. En proposant de participer à cet atelier, nous osons croire que chaque enfant, accompagné par le groupe, puisse identifier et nommer de façon plus ou moins élaborée ses propres difficultés pour commencer à leur faire face, sur le mur, ainsi que dans la vie.

La pratique de l'escalade à visée thérapeutique se propose alors de profiter d'un possible parallélisme entre l'expérience de vie et l'expérience du déplacement sur un mur d'escalade dans un contexte de groupe. Dans les deux cas, l'ascension, le fait d'aller vers le haut et de progresser, implique une alternance de moments de satisfaction et de frustration, d'enthousiasme et de découragement, de plaisir et de peur. Le dépassement des passages difficiles sur le mur génère un sentiment de réalisation qui contribue à aller chercher l'énergie physique et psychique permettant de faire face à l'étape suivante et donc pour poursuivre l'ascension, la progression vers le haut. Cette activité représente une expérience réelle et "transformatrice" qui peut devenir un modèle concret, alternatif et plus adapté. Il est donc évident que l'objectif final dépasse la pure acquisition technique. D'ailleurs, les prouesses physiques et la compétition ne sont pas la finalité de l'atelier, mais plutôt des éléments dynamisant et facilitant la relation à autrui.

Il s'agit, avec la pratique de l'escalade à visée thérapeutique, de permettre aux enfants d'acquérir ou de mobiliser leurs facultés cognitives, physiques et psychiques. Et ce, d'autant plus, si l'on considère l'acte de grimper comme une expérience psychosensorielle qui peut être mise en lien avec le développement psychomoteur du jeune enfant dans sa relation à la mère, au père et à l'environnement. Donald W. Winnicott[2], qui s'est intéressé à la relation mère-bébé et à son importance dans l'ontogenèse (développement de l'individu depuis sa naissance jusqu'à l'âge adulte), nous invite à considérer le moi immature du bébé comme au bord d'une angoisse massive et dont l'une de ses composantes est bien l'angoisse de chute que vient apaiser le *holding* de la mère [3].

Le geste de grimper suscite donc des émotions que nous avons tous expérimentées au cours de notre développement à partir de la naissance, émotions qui ne pouvaient pas être parlées mais seulement vécues dans le corps. Il est important de souligner que les enfants que nous accompagnons ont souvent vécu des relations extrêmement perturbées aux figures d'attachement primaires.

L'exposition à des nouvelles expériences, que l'on peut définir selon les mots de Franz Alexander[3], comme des *« expériences émotionnelles correctives »* [4], toujours proposées en présence d'adultes, peut devenir l'occasion de créer, donc de faire l'expérience de liens d'attachement plus sains et permettre de renforcer la confiance des enfants envers le monde et eux-mêmes.

Réalité objective et représentations psychiques

La pratique de l'escalade à visée thérapeutique provoque une confrontation directe entre soi-même et l'environnement.

Vers le dépassement des peurs

Du dialogue incessant entre la réalité objective d'un mur d'escalade avec ses prises plus ou moins petites, espacées et difficiles à atteindre, et les représentations psychiques liées à cette réalité (angoisses, vertiges, peur du vide et de la chute), peut émerger une prise de conscience sur son propre monde interne, ses propres angoisses et sa propre façon d'être en relation aux autres.

Comme Henri Wallon[4] l'a souligné, en 1945, *« la peur de perdre ses appuis serait la première émotion différenciée du vécu de l'enfant, à l'origine même de la conscience »* [5]. H. Wallon s'est employé à montrer que rien ne pourrait se faire sans ce lien originel